

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN BREVE PARA PROMOVER LA
ABSTINENCIA DE ALCOHOL EN MUJERES GESTANTES

por Aldana Lichtenberger

Tesis Presentada como Requisito Parcial

de los Requisitos del Grado de

Doctor

Doctorado en Psicología

Dirigida por:

Dra. Mariana Cremonte

Dra. Karina Conde

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

2018

Resumen

La exposición prenatal al alcohol en Argentina es extremadamente alta, por lo que se deben maximizar los esfuerzos para evitar los efectos detrimentales en la madre y el feto. En este trabajo se presentarán dos estudios experimentales cuyo objetivo fue evaluar la eficacia, factibilidad y aceptación cultural de la Intervención Breve (IB) para promover la abstinencia de alcohol durante la gestación. Además se describirá la prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación y la eficacia de la evaluación y recomendación de tratamiento especializado en las mujeres con indicadores de trastornos por uso de alcohol. Participaron 882 mujeres gestantes durante el año 2016. Aquellas no abstemias ni en tratamiento por uso de sustancias psicoactivas, con menos de 26 semanas de gestación ($n=485$) fueron asignadas aleatoriamente a uno de dos grupos: evaluación e IB o evaluación y consejo breve (CB). Un re-test fue conducido tres meses más tarde. Las mujeres con más de 26 semanas de gestación fueron evaluadas como un grupo control adicional (CPH; $n=154$). El consumo de alcohol fue evaluado con el AUDIT, la factibilidad con los minutos de ejecución de la IB y la aceptabilidad con preguntas construidas ad hoc. Se obtuvieron indicadores de salubridad de los recién nacidos de las madres de los grupos IB ($n= 77$), CB ($n= 68$) y de un grupo control externo (CE) de recién nacidos cuyas madres no participaron de la evaluación ($n= 150$). Se realizaron análisis descriptivos para estimar la prevalencia de consumo de alcohol, la factibilidad y aceptabilidad de la IB. Para determinar la eficacia de la IB se realizaron regresiones logísticas multinomiales, regresiones logísticas binarias y análisis de significancia clínica. Los indicadores de los recién nacidos se compararon utilizando la prueba de los rangos de Wilcoxon. Los resultados mostraron que el 24% de las participantes consumía alcohol al momento de la entrevista. Con respecto a la eficacia de la IB y el CB, a los tres meses, la IB resultó seis veces más eficaz ($p = .001$, OR =

6.36, [IC95% = 3 - 13]), y el CB cuatro veces más eficaz ($p = .001$, OR = 4.39, [IC95% = 2 - 8]) para reducir el consumo de alcohol luego de confirmar la gestación o mantener la abstinencia de alcohol, que la atención regular de los centros de atención primaria de la salud del municipio de General Pueyrredon (MGP) representada en el grupo CPH. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos IB y CB en la reducción del consumo de alcohol, pero sí en los análisis de significancia clínica. Se registraron diferencias en relación al peso al nacer ($p < .05$) y la edad gestacional al nacer ($p < .001$) entre los grupos IB y CB comparados con el CE. La IB demoró en promedio 10 minutos y fue aceptada por un gran número de mujeres. Las participantes con indicadores de TUA redujeron su consumo incluso hasta la abstinencia a los tres meses, luego de la evaluación. **Conclusiones:** este estudio aporta evidencia sobre la IB, un recurso que ha demostrado ser eficaz para reducir el riesgo de presentar exposición prenatal al alcohol y algunas de las consecuencias detrimenales para el feto asociadas a ello. Además ha sido bien aceptado por el contexto local y sería factible de ser implementado en los centros de atención pública a la salud del MGP.

Palabras clave: consumo de alcohol; exposición prenatal al alcohol; gestantes; intervención breve; Argentina

Efficacy of Brief Intervention to promote alcohol abstinence in pregnant women

Abstract

Prenatal alcohol exposure in Argentina is extremely high, so efforts must be taken to prevent detrimental effects on the mother and the fetus. In this work, two experimental studies will be presented whose objective was to evaluate the efficacy, feasibility and cultural acceptance of Brief Intervention (BI) to promote alcohol abstinence during pregnancy. Furthermore, the prevalence of alcohol consumption during pregnancy will be described, and the efficacy of the evaluation and recommendation of specialized treatment on women with alcohol use disorders (AUD). 882 pregnant women participated in 2016. Women who weren't abstainers, nor were in treatment for psychoactive substances and with less than 26 weeks pregnant ($n= 485$) were randomly assigned to two groups: evaluation and BI or evaluation and brief advice (BA). A re-test was conducted three months later. Women who were more than 26 weeks pregnant were evaluated as a post hoc control group (PHG; $n=154$). Alcohol consumption was evaluated with the AUDIT, feasibility with BI implementation time in minutes and acceptability with questions constructed ad hoc. Newborns health indicators born from mothers of BI ($n= 77$) and BA ($n= 68$) groups and from an external control group (CG) of newborns born from mothers who did not participate in the evaluation ($n= 150$) were obtained. Descriptive analysis to estimate alcohol consumption prevalence, feasibility and BI acceptability were performed. To estimate BI efficacy multinomial logistic regression, binary logistic regression and clinical significance analysis were carried out. Health newborn indicators were compared using the Wilcoxon range test. Results show that 24% of participants were consuming alcohol at the moment of the interview. Regarding BI and BA efficacy, three months later BI proved to be six times more efficient ($p = .001$, OR = 6.36, [IC95% = 3 - 13]), and BA four times more efficient ($p =$

.001, OR = 4.39, [IC95% = 2 - 8]) to reduce alcohol consumption after pregnancy was confirmed or to maintain alcohol abstinence than regular medical advice from the primary health centers from General Pueyrredon municipality (GPM) represented by PHG group. No statistically significant differences were found between BI and BA groups in alcohol consumption reduction, but meaningful clinical significance analysis was found. Differences regarding newborns birth weight ($p < .05$) and gestational age ($p < .001$) between BI and BA groups compared with the CG were found. BI lasted 10 minutes on average and was accepted by the great majority of pregnant women. Three months later after BI, participants with AUD indicators had reduced their alcohol consumption even to abstinence. Conclusions: This study provides evidence over an instrument, BI, that reduces the risk to present alcohol prenatal exposure and some of its detrimental consequences on the fetus. Besides, it has been well accepted by the local context and it will be feasible to implement it in public primary health centers in GPM.

Palabras clave: alcohol consumption; prenatal alcohol exposure; pregnancy; brief intervention; Argentina

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al constante apoyo y motivación de mis directoras: Mariana Cremonte y Karina Conde, y de mi co-directora de equipo Raquel Peltzer. Estoy infinitamente agradecida e inspirada por su vocación con la investigación y la salud pública, por la perseverancia aún frente a las dificultades y por su paciencia con mi formación. Hace más de 10 años que formo parte del Grupo de Sustancias Psicoactivas y Lesiones por causa externa y me siento orgullosa de pertenecer, no sólo por su calidad de trabajo y excelencia sino también por la calidad humana de todos los que lo conforman.

Gracias a Ayelén Biscarra, Pablo Santángelo y Paula Giménez por ayudarme con el trabajo de campo aun cuando hubiera que madrugar o quedara poco tiempo libre en el día a día. Gracias a Romina Tiritilli por involucrarse tan comprometidamente con este estudio y recordarme cada día que yo podía lograrlo.

Gracias a la Secretaría de Salud Mental del Municipio de General Pueyrredón, especialmente a Santiago González que hizo todo lo posible porque este trabajo se pueda llevar adelante.

Gracias a mi mejor amigo, Francisco Lauge, por su paciencia, su tiempo y su buen gusto para diseñar todos los materiales de este trabajo.

Gracias a mi papá, Patricio, que con sus ideas clarificadoras y apoyo incondicional siempre mejoró mi vida. Gracias a mi mamá, Mónica, que estuvo siempre lista para ayudarme con todo lo que necesitara.

Gracias a mi hijo Felipe, por ser el motor de mi vida y mi principal motivación para desarrollarme como una comprometida profesional.

Y sobre todo gracias a mi amor Sebastián, que desde que llegó a mi vida puso la
suya a mi disposición para que cumpliera cada uno de mis objetivos.

Índice general

Lista de Tablas	iv
Lista de Figuras	vi
Prólogo	vii
Introducción	
Consumo de alcohol como factor de riesgo	1
Niveles de consumo de alcohol.	2
Condiciones de salud relacionadas con el consumo de alcohol.	4
Condiciones de salud en la mujer.	5
Prevalencia de consumo de alcohol y factores de riesgo.	6
Consumo de alcohol en mujeres gestantes	8
Los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF).	9
Recomendaciones sobre el consumo durante la gestación.	14
Prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación.	15
Factores relacionados con mayor consumo durante la gestación.	16
Políticas públicas efectivas para la reducción del consumo	17
Intervención Breve	18
Definición de Intervención Breve (IB).	18
IB y consumo de alcohol.	18
Implementación de la IB.	19
Modelos y pasos de la IB.	20
Ingredientes activos.	22

Evidencias de eficacia y efectividad de la IB.	25
Barreras para implementar IB.	27
Futuros desafíos.	28
IB en mujeres gestantes	29
Instrumentos de evaluación recomendados.	30
La etapa de asesoramiento en mujeres gestantes.	32
El seguimiento en mujeres gestantes.	32
Evidencias de eficacia y efectividad de la IB en mujeres gestantes.	32
Futuros desafíos.	34
Justificación del estudio	36
Objetivos	37
Materiales y Métodos	
Prueba piloto	38
Participantes	39
Medidas	47
Procedimiento	52
Análisis de datos	55
Resultados	
Consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación	59
Consumo habitual de alcohol luego de confirmar la gestación	60
Eficacia de la IB en relación al consumo habitual de alcohol	62
Análisis de significancia clínica de la IB	64

Factibilidad de la IB	65
Aceptabilidad de la IB	65
Eficacia de la IB en relación a los indicadores de salubridad de los recién nacidos	67
Consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar y luego de confirmar la gestación en mujeres con trastornos por uso de alcohol (TUA)	69
Eficacia post evaluación y consejo en mujeres gestantes con TUA	71
Discusión	
Prevalencia de consumo habitual de alcohol	74
Eficacia de la IB	77
Factibilidad y aceptabilidad de la IB	82
Patrón de consumo habitual en mujeres con TUA	84
Limitaciones	87
Conclusiones	89
Referencias	92
Anexo 1. Figura 5. Tabla de equivalencias bebidas alcohólicas	120
Anexo 2. Figuras 6 y 7. Avales éticos	121
Anexo 3. Cuestionarios	123
Apéndice A. Consentimiento informado	136
Apéndice B. Guía Técnica para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes	138
Apéndice C. Folleto Intervención Breve	152
Apéndice D. Folleto Consejo Breve	154

Lista de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón (MGP), Argentina ($N= 639$)	44
Tabla 2. Prevalencia de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($N= 639$)	61
Tabla 3. Probabilidad de presentar consumo de alcohol y consumo de riesgo luego de confirmar la gestación, según AUDIT, a los tres meses de la entrevista, según grupo IB, CB o CPH en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($n= 423$)	63
Tabla 4. Eficacia de la IB en reducir o mantener la abstinencia de alcohol a los tres meses, en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($n= 438$)	64
Tabla 5. Reducción absoluta del riesgo (RAR), reducción relativa del riesgo (RRR) y número necesario a tratar (NT) para reducir el consumo o mantener la abstinencia de alcohol según grupo IB, CB o CPH en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($n= 423$)	65
Tabla 6. Grupos de personas con quienes compartieron los contenidos de la entrevista a los tres meses, según grupo de intervención en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($n= 270$)	66

Tabla 7. Comparación de los indicadores de salubridad de los recién nacidos en relación a los grupos IB, CB y CE, en mujeres puérperas del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($n= 295$)	68
Tabla 8. Prevalencia de consumo regular de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes con indicadores de TUA del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($N= 23$)	70
Tabla 9. Puntajes del AUDIT en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación, luego de confirmar la gestación y luego de recibir el consejo de abstinencia y derivación asistida en mujeres gestantes con indicadores de TUA del Municipio de General Pueyrredón, Argentina ($N= 23$).	71

Lista de Figuras

Figura 1. Características faciales del Síndrome Alcohólico Fetal (imágenes de dominio público)	11
Figura 2. Trastornos del espectro alcohólico fetal (Petrenko, 2017)	12
Figura 3. Pasos de la Intervención Breve con población general (Lichtenberger, López, & Cremonte, 2015).	22
Figura 4. Flujograma de participantes de los Estudios 1, 2 y 3	42
Figura 5. Lámina de equivalencia de tragos	120
Figura 6. Aval Comité Bioética HIEMI-HIGA	121
Figura 7. Aval Comité Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud del MGP	122

Prólogo

El trabajo de Tesis Doctoral que presento a continuación lleva el título *Eficacia de la Intervención Breve para promover la abstinencia de alcohol en mujeres gestantes*. Este trabajo ha sido escrito como parte de los requisitos parciales para alcanzar el Grado de Doctor en Psicología expedido por la Universidad Nacional de Mar del Plata y se ha llevado a cabo en el Municipio de General Pueyrredón de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. El objetivo principal de esta investigación fue contribuir con el desarrollo e implementación de una intervención para disminuir el consumo de alcohol y promover la abstinencia en una población de alto riesgo como son las mujeres gestantes.

La tesis se presenta con formato de artículo científico. En la Introducción se recoge el estado actual del conocimiento, situando el consumo de alcohol como un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples condiciones detrimentales de salud y se describen especialmente las relacionadas con el consumo durante la gestación. Además se caracteriza la prevalencia de consumo durante la gestación a nivel regional y se describe ampliamente la intervención seleccionada (Intervención Breve) y sus pruebas de eficacia y efectividad.

En el apartado Materiales y Métodos se caracterizan las muestras utilizadas en los tres estudios que comprenden el trabajo de investigación. Se describen los instrumentos utilizados para la recolección de datos y se detalla el procedimiento y plan de análisis de los datos para cada estudio.

En el apartado Resultados se exponen los principales hallazgos de acuerdo a los objetivos planteados. Se caracteriza la prevalencia de consumo de alcohol antes y luego de confirmar la gestación y la eficacia de la Intervención Breve (IB) para promover la abstinencia de alcohol o mantenerla teniendo en cuenta dos medidas de resultado

(consumo de alcohol e indicadores de salubridad de los recién nacidos). Se describe también la factibilidad y aceptabilidad de la IB. Finalmente se caracteriza el patrón de consumo de alcohol antes y luego de confirmar la gestación en mujeres gestantes con indicadores de trastornos por uso de alcohol y se evalúa la eficacia de intervenir para promover la abstinencia en esta población.

Por último, la sección de Discusión comprende una interpretación de los resultados. Para cada objetivo se debaten los hallazgos, se los contextúa según lo encontrado en la literatura y se proponen futuras líneas de investigación. Se incluyen limitaciones, conclusiones y recomendaciones que se derivan de las implicancias prácticas del trabajo.

Las secciones finales incluyen Referencias Bibliográficas, Anexos y Apéndices.

Aldana Lichtenberger

Licenciada en Psicología

Especialista en Psicoterapia Cognitiva

Introducción

Consumo de alcohol como factor de riesgo

El alcohol es una sustancia psicoactiva que puede encontrarse en las bebidas fermentadas como el vino, la cerveza, o bebidas destiladas como el whisky o el tequila. Es un depresor del sistema nervioso central que posee compuestos químicos que alteran los estados de conciencia, ánimo, la percepción, la capacidad de racionalización y la atención, entre otras funciones psicológicas, pudiendo causar dependencia (McIntosh & Chick, 2004).

Consumir alcohol es una práctica socialmente aceptada desde hace miles de años y forma parte de los usos y costumbres de muchas culturas. En la actualidad es consumido en casi todos los países del mundo por hombres y mujeres, exceptuando aquellos cuya religión les prohíbe las sustancias intoxicantes como es el islam (WHO, 2014). Pero el alcohol no debería ser tratado como cualquier otro artículo de consumo ordinario puesto que es el principal contribuyente a la carga mundial de enfermedad, discapacidad y muerte en los países de ingresos altos, medios y bajos (Babor et al., 2010), afectando no sólo a quienes beben sino también a quienes los rodean (Monteiro, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren más de tres millones de personas debido al consumo de alcohol, representando el 6% de todas las defunciones y el 5% de la carga de enfermedad a nivel mundial (WHO, 2015). Es la causa directa de más de 30 condiciones de salud, abarcando desde enfermedades anátomo-patológicas como la cirrosis hepática alcohólica hasta trastornos mentales como los trastornos por uso de alcohol. Además, es considerado un factor de riesgo para

el desarrollo de otras 200 condiciones sumamente frecuentes como son los infartos, ciertos cánceres y traumatismos producidos por accidentes de tránsito, entre otros.

Niveles de consumo de alcohol.

Por la gravedad de las consecuencias asociadas al alcohol a nivel global, se vuelve imprescindible evaluar los niveles de consumo de cada población.

Los niveles de consumo de alcohol se pueden medir utilizando distintos indicadores. En general suele utilizarse el *volumen de alcohol consumido* y el *patrón de consumo de alcohol*. El volumen suele referirse al consumo promedio de litros de alcohol puro en una población, en un período de tiempo determinado (como un año o un día). El patrón de consumo es una medición más compleja, pero a la vez más precisa para evaluar los daños atribuibles al alcohol (OMS, 2014), que puede ser cuantificada a nivel de la persona o de la sociedad si se tiene en cuenta la interacción entre la cantidad de alcohol consumida por ocasión y la frecuencia de ocasiones de consumo. Refleja cómo consumen las personas en lugar de cuánto consumen y puede puntuarse dando lugar a una escala de cinco puntos que va desde la abstención o *no riesgo* (quienes no consumen alcohol), el *bajo riesgo* (eg. quienes consumen diariamente poca cantidad con las comidas), hasta el *alto riesgo* (eg. quienes beben grandes cantidades de alcohol en un breve período de tiempo). Cuanto mayor es el puntaje, mayor será la carga de enfermedad atribuible al alcohol. Entonces, dos poblaciones pueden consumir el mismo volumen de alcohol absoluto, pero si tienen diferentes patrones de consumo, los efectos en la salud serán muy diferentes. Además, hay otros factores que impactan en la forma en que las personas consumen y por lo tanto en la carga de enfermedad atribuible al alcohol de un país. Los más relevantes suelen ser la edad, el sexo y características socioeconómicas de una determinada población. Las personas jóvenes, las mujeres y

quienes viven en países con menor desarrollo socioeconómico son más vulnerables a sufrir los efectos nocivos del consumo de alcohol.

A modo de caracterización, la primera categoría de consumo que debe considerarse es la de los *abstemios*, es decir, personas que no consumen alcohol y por lo tanto conforman el grupo de *no riesgo*. Existen los abstemios de por vida y las personas que, si bien en algún momento consumieron bebidas alcohólicas, hace más de un año que no lo hacen. Para determinar el resto de las categorías debe tenerse en cuenta la cantidad de alcohol consumida, además de la frecuencia y las consecuencias asociadas al consumo. El alcohol suele medirse en tragos o unidades estándar (UE). Un trago o UE equivale aproximadamente a 11g de alcohol absoluto (NIAAA, 2004), que corresponde a una copa de vino o una lata de cerveza de 330ml. El término *consumo de bajo riesgo* se refiere al consumo que probablemente no derive a lo largo de la vida en problemas relacionados con el alcohol (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Estimado en cantidades, suele establecerse como el consumo de dos *tragos* al día para los hombres y un trago al día para las mujeres. Esas cantidades no se aplican para menores de edad o mujeres que estén gestando ya que son sub poblaciones que presentan sus propios riesgos asociados por lo que cualquier consumo debe ser considerado siempre como de *alto riesgo*. El término *consumo de riesgo* es utilizado para referirse a aquel que, además de exceder las cantidades recomendadas, puede acarrear consecuencias como enfermedades, lesiones y hasta la muerte, no sólo del bebedor sino también de quienes lo rodean. Un patrón de consumo considerado de riesgo es el *consumo excesivo episódico de alcohol* (CEEA). El CEEA supone el consumo por ocasión de cuatro o más tragos para las mujeres y cinco o más para los varones (NIIIA, 2004) e incrementa el riesgo de sufrir lesiones al conducir, lesiones domésticas, ataques sexuales, embarazos no planificados entre otras, además del perjuicio que genera el alcohol en la salud en

general (Naimi, Lipscomb, Brewer, & Gilbert, 2003; WHO, 2014). Por último existe también el *consumo patológico*, un trastorno mental relacionado con la imposibilidad de limitar o cesar el consumo de alcohol. Suele ser clasificado en manuales diagnósticos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría o la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés) de la OMS. El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) utiliza la noción de *trastornos por uso de alcohol* (TUA) y el ICD-10 (WHO, 1992) de *dependencia*. Los diagnósticos agrupan síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos como un deseo urgente de beber, dificultades en el control del tiempo de consumo y cantidad de bebida, síntomas de abstinencia, evidencias de tolerancia, abandono progresivo de las actividades o intereses que dan placer y el uso continuado a pesar de las consecuencias negativas. El ICD-10 agrega además la categoría de *consumo perjudicial*, de menor severidad que la dependencia, pero que repercute en la salud física o mental de la persona y ésta continúa bebiendo a pesar de ello.

Condiciones de salud relacionadas con el consumo de alcohol.

Consumir alcohol aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la cirrosis hepática, la pancreatitis, enfermedades del sistema nervioso, trastornos cardiovasculares como infartos e infecciones respiratorias, entre otras (Rehm, Shield, Rehm, Gmel, & Frick, 2012). Es un poderoso factor de riesgo para un primer ataque cardiovascular hemorrágico en adultos de ambos sexos (Klatsky, 2015) y también se ha encontrado una relación con el desarrollo de cánceres de la cavidad oral, faringe, esófago, laringe, colon e hígado (Bagnardi et al., 2015).

En la actualidad, además de reconocerse la incidencia del consumo de alcohol en las enfermedades crónicas, se le está prestando mayor atención a la relación entre el alcohol y las enfermedades infecto-contagiosas. Enfermedades infecciosas, como la tuberculosis y el VIH/SIDA, estarían relacionadas con el consumo (mayormente excesivo) de alcohol, lo que se debería al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y porque puede trastornar la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovirales (Rehm et al., 2012).

Por último, el consumo de alcohol altera la capacidad de atención, la adecuada toma de decisiones ante los estímulos del medio y disminuye la percepción de riesgo, lo que lo transforma en un factor que aumenta la probabilidad de sufrir lesiones intencionales (eg. homicidio, autolesiones) y no intencionales (e.g. accidentes vehiculares, envenenamiento, caídas, incendios, ahogamientos, etc) (Rehm, et al., 2012; WHO, 2014).

Contrario a lo que podría pensarse, muchas de las consecuencias descritas no están protagonizadas por quienes padecen un TUA o dependencia, sino por consumidores ocasionales, como aquellos que se involucran en episodios de CEEA. Además los efectos son más graves para las poblaciones de países en vías de desarrollo, donde los sistemas sanitarios suelen ser deficientes e insuficientes (Babor et al., 2010).

Condiciones de salud en la mujer relacionadas con el consumo de alcohol.

Si bien la carga global de enfermedades es mayor en los hombres (Rhem, Taylor, & Room, 2009), las mujeres padecen consecuencias a menores niveles de consumo (Pfefferbaum, Rosenbloom, Deshmukh, & Sullivan, 2001). En las mujeres el alcohol genera mayor grado de lesión orgánica debido a la composición corporal femenina, que posee menor grasa magra que los hombres, lo que genera una mayor toxicidad del

alcohol. Además, la farmacocinética del alcohol produce mayor daño de los tejidos al poseer el metabolismo femenino menores tasas de eliminación de alcohol, lo que extiende el período de toxicidad (Fernandez-Solà, Nicolas, Estruch, & Urbano-Márquez, 2005; Sato et al., 2001). Todo lo anterior las vuelve más vulnerables a padecer tanto enfermedades no transmisibles relacionadas con el consumo de alcohol (eg. cáncer de mama, accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, cirrosis hepática) como transmisibles, maternos, perinatales, nutricionales y traumatismos (WHO, 2014).

Las mujeres también sufren más violencia doméstica, siendo víctimas de agresiones físicas y sexuales, aún más si sus parejas consumen alcohol (Graham, Bernards, Munné, & Wilsnack, 2008).

Cabe destacar que si la mujer está gestando, consumir alcohol aún en bajas cantidades puede afectar no sólo a ella sino también al feto. El alcohol aumenta el riesgo de sufrir aborto espontáneo, muerte fetal, bajo peso al nacer, defectos congénitos, y toda una serie de consecuencias físicas, neurológicas y/o cognitivas, entre otras, que se conocen con el término trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) (Patra et al., 2011). Los mismos serán caracterizados en el capítulo 2 donde se ampliarán las consecuencias del consumo de alcohol en la subpoblación de mujeres gestantes.

Prevalencia de consumo de alcohol y factores de riesgo.

Si se tiene en cuenta el volumen de alcohol consumido en litros a nivel mundial, cada persona de más de 15 años bebe anualmente seis litros de alcohol puro por año. Sin embargo, solo el 40% de la población consume alcohol, lo que significa que cada bebedor consume en promedio 17 litros de alcohol puro por año (WHO, 2014).

Los países que presentan mayores niveles de consumo per cápita son los de Europa Occidental, Rusia y otras regiones no musulmanas de la antigua Unión Soviética

(Rehm et al., 2009; WHO, 2004) y junto con las Américas son las regiones del mundo donde prevalece la mayor cantidad de consumo de riesgo (especialmente entre hombres jóvenes). Sin embargo, si se tiene en cuenta la carga global de enfermedad atribuible al alcohol, los países de menor desarrollo económico tienen mayor carga de enfermedad por litro de alcohol puro consumido, lo que se refleja en mayores índices de morbilidad y mortalidad (WHO, 2014).

En las Américas, el consumo per cápita es de ocho litros en promedio por persona por año. Es la región del mundo con menor tasa de abstemios de por vida y el consumo de riesgo alcanza al 22% de la población. Argentina se sitúa entre los países con mayor consumo per cápita de la región y con más riesgo de pérdida de años de vida saludables a causa del uso de alcohol (WHO, 2014). Las bebidas que más se consumen en el país son el vino y la cerveza, que en muchas ocasiones se producen de manera artesanal por lo que el consumo per cápita podría ser aún mayor si se tiene en cuenta la producción de bebidas y el consumo no registrado (WHO, 2015).

Según el Observatorio Argentino de Drogas (2014), el 66% de la población argentina consumió alcohol durante los últimos 12 meses. Sin embargo estas cifras ascienden al 83% en la provincia de Buenos Aires.

Globalmente el consumo de alcohol entre mujeres, especialmente entre las más jóvenes, se mantiene en aumento constante en los últimos años (Obot & Room, 2005), incluso más rápidamente que el consumo entre los hombres adultos y adolescentes (Monteiro, 2013). Este aumento podría estar relacionado con el hecho de que actualmente el consumo femenino está socialmente más aceptado y las mujeres se convirtieron en un foco prioritario de las estrategias de marketing de la industria del alcohol. En Argentina la prevalencia de consumo de las mujeres es de las más altas

registradas de la región: el 84% de las mujeres entre 18 y 44 años consume alcohol y ese porcentaje asciende al 89% en la franja etaria de 18 a 29 años (López, Filippetti, & Cremonte, 2015). Además, el 28% se involucra en episodios de CEEA, cifra que duplica a la encontrada en un estudio previo en el país en el año 2005 (Munné, 2005).

Consumo de alcohol en mujeres gestantes

El alcohol es un teratógeno que alcanza al feto al través de la placenta. Consumido en cualquier etapa del embarazo y aún en bajas dosis (Ikonomidou et al., 2000; Sood, et al., 2001), aumenta las probabilidades de sufrir muerte fetal (Kesmodel, Wisborg, Olsen, Henriksen, & Secher, 2002), abortos espontáneos (Henriksen et al., 2004), bajo peso al nacer, parto prematuro, menor edad gestacional (Patra et al., 2011) y todo un espectro de discapacidades físicas, mentales, de comportamiento y/o aprendizaje que se denominan *Trastornos del espectro alcohólico fetal* (TEAF). El más grave de estos trastornos se conoce como *Síndrome Alcohólico Fetal* (SAF) y actualmente se estima que afecta entre el 2 al 5% de la población mundial (Popova, Lange, Probst, Gmel, & Rehm, 2017). Esta cifra es igual o mayor que otras discapacidades de desarrollo como el autismo, aunque los TEAF no estén socialmente tan reconocidos (Petrenko & Davis, 2017).

Los riesgos aumentan si se consume alcohol durante el primer trimestre del embarazo, etapa crítica para el desarrollo fetal y en la que muchas mujeres aún no se han enterado de su gestación (Floyd, Decoufle, & Hunderford, 1999), aumentando más aún si se consume en altas dosis (Dörrie, Föcker, Freunscht, & Hebebrand, 2014). Los hijos de madres expuestas al CEEA exhiben severos déficits cognitivos y del comportamiento, posiblemente por la alta concentración de alcohol en la sangre materna

(Alvik, Aalen, & Lindemann, 2013). Las consecuencias de esta exposición son para toda la vida, pero totalmente evitables si no se consume alcohol en ninguna etapa de la gestación.

Los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF).

El SAF fue informado por primera vez en la literatura internacional por Jones y Smith en 1973, aunque el primer trabajo donde se describía la influencia del consumo de alcohol en el desarrollo físico y psicológico de los niños fue de Jaqueline Rouquette en 1957. A la fecha, solo existen datos de la prevalencia de SAF de 19 países y no se registran del resto de los TEAF. Se estima que una de cada 67 mujeres que consumieron alcohol durante el embarazo darían a luz a un niño con SAF, lo que se traduce en 119.000 niños nacidos con este síndrome en el mundo cada año (Popova et al., 2017). Esta proporción es mayor en los países en vías de desarrollo (eg. en las comunidades africanas se estima que nacen entre 135 a 207 niños con SAF cada 1000, pero no hay datos de la Región Latinoamericana) (May et al., 2009), a pesar de que el consumo durante la gestación sea mayor en países europeos (donde las tasas de SAF se estiman entre 4-12/1000).

Debido a que cada una de las anomalías individuales que conforman el diagnóstico de TEAF son sutiles, difíciles de detectar y no específicas, suelen agruparse los criterios diagnósticos en cuatro categorías (Dörrie, et al., 2014):

- 1) *Rasgos faciales*: incluyen fisuras palpebrales cortas, surco nasolabial plano y bermellón del labio superior delgado (Ver Figura 1).
- 2) *Retraso de crecimiento*: pre o post natal, como peso o talla por debajo del décimo percentil en cualquier momento del desarrollo del niño.
- 3) *Disfunciones estructurales o funcionales del sistema nervioso central (SNC)*:

- a. Anomalías estructurales cerebrales: eg. microencefalia y convulsiones producto de una malformación cerebral.
- b. Déficits neurocognitivos, de aprendizaje y/o desregulación conductual: eg. déficit cognitivo o del desarrollo, deficit de las funciones ejecutivas, retraso en las funciones motoras, déficit de atención o hiperactividad, habilidades sociales empobrecidas, entre otros (Senturias & Asamoah, 2014)

4) *Antecedentes de exposición prenatal al alcohol (EPA)*: idealmente, debe poder confirmarse la exposición prenatal al alcohol y si es posible, el patrón de consumo durante esta etapa (cantidad y frecuencia).

Estas categorías dan lugar a cuatro diagnósticos principales: el Síndrome Alcohólico Fetal completo (SAF), el Síndrome Alcohólico Fetal parcial (SAFp), los trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (ARND por sus siglas en inglés) y los trastornos congénitos relacionados con el alcohol (ARBD por sus siglas en inglés) (Ver Figura 2). Algunas categorías son afectadas más perceptiblemente y múltiples factores contribuyen a los resultados individuales: la genética, el estado nutricional de la madre, el patrón de consumo y otros factores estresantes como las condiciones socioeconómicas o el acceso a los servicios de salud (Evrard, 2009). Por lo tanto, los niños y adultos con TEAF pueden tener diversos grados de anomalías anatómicas, del sistema nervioso central y del crecimiento.

Caracterización de los TEAF.

- *SAF*: el diagnóstico del SAF completo supone la presencia de tres indicadores: la tríada específica de dismorfología facial (Ver Figura 1), las alteraciones del sistema nervioso central y el retraso en el crecimiento. No es necesario que haya confirmación de EPA. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de individuos afectados tiene el conjunto de rasgos faciales puesto que las facies se desarrollan muy temprano durante el embarazo, en el período embrionario que va desde la cuarta hasta la octava semana de gestación. El cerebro por su parte, se desarrolla y madura desde la concepción hasta el parto (Sadler & Langman, 2007).

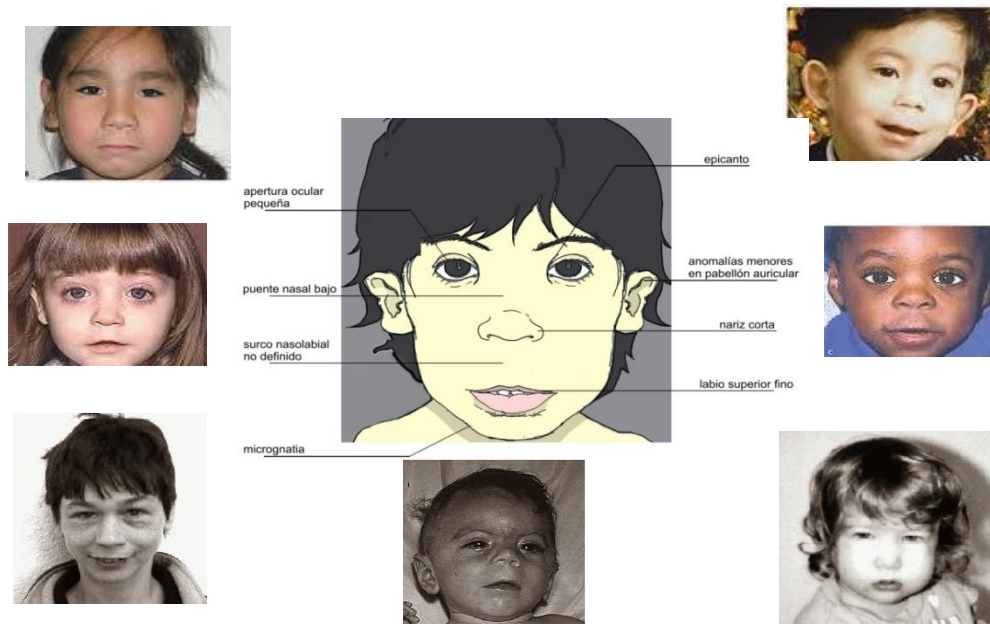


Figura 1. Características faciales del Síndrome Alcohólico Fetal (imágenes de dominio público)

- *SAFp*: este diagnóstico se puede realizar en dos situaciones: la primera ocurre si se detectan los rasgos faciales específicos, déficits neurocognitivos y hay confirmación de EPA. No es necesaria la presencia de un retraso en el crecimiento o una anomalía estructural cerebral. La segunda es si se detectan las facies y el deterioro neuroconductual pero no hay confirmación de EPA. En ese caso puede hacerse el

diagnóstico de SAFp, pero deben estar presentes o el retraso del crecimiento o una anomalía estructural cerebral (Ver Figura 2).

- *Trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (ARND)*: para poder realizar este diagnóstico debe haber EPA confirmada y déficits neurocognitivos. Éstos tienen el impacto más significativo en la vida de quienes los padecen y pueden causar inmensa angustia y persistentes dificultades en la vida cotidiana del individuo afectado.

- *Trastornos congénitos relacionados con el alcohol (ARBD)*: en esta categoría se incluyen únicamente las malformaciones congénitas del sistema nervioso central producidas por la EPA. Es indispensable que ésta esté confirmada para hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.



Figura 2. Trastornos del espectro alcohólico fetal (Petrenko, 2017)

Detección de los TEAF.

Los TEAF se pueden diagnosticar desde el nacimiento hasta la adultez. El diagnóstico en bebés y niños pequeños se basa sobre todo en los rasgos faciales o evidencia de daño morfológico o neurológico. Sin embargo, la mayoría de los individuos con TEAF son identificados durante la edad preescolar o escolar, cuando los problemas neurológicos y de comportamiento se vuelven más evidentes. El diagnóstico en adultos puede ser difícil, ya que la dificultad de obtener un historial de exposición prenatal al alcohol crece con el tiempo. Esto se dificulta aún más porque en la actualidad muy pocos profesionales están capacitados para diagnosticar los TEAF. En particular, el diagnóstico de las disfunciones del SNC debe evaluarse por profesionales capacitados y utilizando instrumentos validados a cada población y contexto (Senturias & Asamoah, 2014).

Los TEAF tienen también otras afecciones secundarias como problemas de salud mental, interrupciones escolares, problemas con la ley, encarcelamiento, conductas sexuales arriesgadas y sin protección, abuso de alcohol y drogas, entre otras (Petrenko, Tahir, Mahoney, & Chin, 2014). Los factores considerados más protectores contra el desarrollo de estas condiciones incluyen vivir en un hogar estable, diagnóstico precoz, servicios de estimulación y desarrollo y no ser víctima de violencia (Streissguth et al., 2004). Sin embargo, no existe un tratamiento estándar y el diagnóstico de TEAF no está reconocido en los sistemas de atención de la salud como calificativo para servicios tales como educación especial, discapacidades del desarrollo y atención de salud mental (Petrenko et al., 2014). Esto provoca que muchas familias nunca lleguen a recibir un tratamiento especializado, por lo que la prevención de la EPA es fundamental para evitar la aparición de estos trastornos y sus afecciones secundarias.

Recomendaciones sobre el consumo durante la gestación.

Desde hace más de 30 años se realizan estudios para conocer si existe una dosis de alcohol recomendada para su consumo durante la gestación. Las opiniones han cambiado: antes se consideraba que las consecuencias negativas se desarrollaban sólo en poblaciones específicas de alto riesgo como consumidores crónicos. Actualmente se conoce que el consumo moderado en todas las poblaciones puede provocar efectos detrimentales (Riley, et al. 2003). Por ello, no se puede confirmar que exista una dosis segura y la abstinencia es la única medida responsable. La recomendación de abstinencia ya está siendo promovida por gobiernos de diferentes países como Australia, Canadá, Dinamarca, Francia y Estados Unidos (Carson et al., 2010; Danish National Board of Health, 2010; French Ministry of Health, Youth & Sports, 2002; Mukhejee, Hollins, Abou-Saleh, & Turk, 2005; NHMRC, 2009; United States Department of Health and Human Services, 2010) y por instituciones de salud de todo el mundo como el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2011), el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2002, 2005), el Instituto Nacional en Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIIIA, 2007) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014b). Como medida de reducción de daños, algunos países europeos recomiendan también la reducción, considerando que cualquier reducción, en cualquier momento de la gestación, podría considerarse beneficiosa debido a la relación dosis-efecto en el daño prenatal (a mayor consumo, mayor daño).

En Argentina, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación en su documento sobre *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal* (2013) enfatiza la abstinencia como la única medida segura durante la gestación indicando que:

Los profesionales de salud deberán hacer énfasis en recordar a las mujeres gestantes, que apenas sepan o sospechen que están embarazadas, deben suspender el consumo de bebidas alcohólicas, ya que no se ha determinado cual es el nivel seguro (p.110)

Sin embargo sólo un 10% de las mujeres gestantes del país recibe la recomendación clara de abstinencia y más del 50% no recibe ninguna recomendación porque ningún profesional de la salud, en ningún momento de la gestación indaga por su consumo de alcohol (López, 2013).

Prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación.

Se estima que el consumo de alcohol durante la gestación alcanza, en promedio, a un 10% de la población mundial (Popova et al., 2017a). Pero este porcentaje varía notoriamente de país a país, probablemente por las diferencias culturales en las prácticas, las expectativas y creencias en relación al consumo de alcohol (López et al., 2015). Así, mientras en Estados Unidos y Canadá entre un 10 y un 15% de las mujeres consume alcohol estando embarazadas (Popova, Lange, Probst, Parunashvili, & Rhem, 2017), estudios realizados en Rusia, Irlanda y Australia determinaron que en esos países el consumo durante el embarazo alcanza al 60% de las mujeres (Colvin, Payne, Parsons, Kurinczuk, & Bower, 2007; Popova et al., 2017b; Kristyanson, Wilsnack, Zvartau, Tsoy & Novikov, 2007).

Hasta donde se conoce, en la región latinoamericana existen pocos estudios que hayan estimado la prevalencia de consumo de alcohol durante el embarazo. En Brasil, el consumo gestacional alcanza al 40% (Moraes, & Reichenheim, 2007), en Uruguay al 54% (Miguez, Magri, Suárez, Suárez, Jones, & Putti, 2010) y en Argentina al 75% de las mujeres gestantes. Incluso en nuestro país un 15% se involucra en episodios de

CEEA (López et al., 2015), un patrón asociado con mayores riesgos tanto para la madre como para el feto.

Factores relacionados con mayor consumo durante la gestación.

Los factores que se relacionan con mayor consumo durante la gestación dependen en gran parte del contexto socioeconómico y cultural, pero el consumo pre gestacional es un factor que ha sido encontrado como predictor en una gran cantidad de estudios de diversas partes del mundo (Skagerström, Chang, & Nilsen, 2011)

En países desarrollados, un mayor consumo durante la gestación se encontró asociado a un mejor nivel educativo y a un mejor nivel socioeconómico (Skagerström et al., 2011). En Argentina sin embargo, en un estudio donde se evaluaron los factores de riesgo para el consumo gestacional (López et al., 2015) se encontró que ser soltera, pertenecer a un estrato socioeconómico más bajo y la juventud se asociarían a un mayor consumo gestacional. Sin embargo, esas asociaciones fueron débiles y el factor que más fuertemente se relacionó con el consumo gestacional fue el consumo de la pareja y el consumo de otras sustancias por parte de la propia mujer, como el tabaco. Las mujeres cuyas parejas consumían alcohol en mayor cantidad y con más frecuencia consumían ellas también en mayor cantidad y frecuencia durante la gestación. Además se estableció que entre las variables psicosociales, el nivel de consumo que la mujer considerara adecuado para consumir en el embarazo se relacionaba con su consumo gestacional.

Políticas públicas efectivas para la reducción del consumo

La magnitud de las consecuencias derivadas del consumo de alcohol está en expansión. Sin embargo, existen estrategias costo-eficaces que se pueden implementar, a través de políticas públicas en servicios de salud o la comunidad, para prevenir y controlar las principales enfermedades no transmisibles, así como sus principales factores de riesgo modificables como el consumo de riesgo de alcohol (WHO, 2010, 2011).

La OMS (Babor et al., 2010) ha aportado gran evidencia en torno a aquellas estrategias que podrían ser eficaces para disminuir las consecuencias asociadas al consumo. Las prácticas con mayor evidencia son aquellas que alcanzan a la población general:

- Aumento de impuestos al alcohol
- Reducción de la disponibilidad de las bebidas alcohólicas: e.g. el aumento de la edad límite del consumo, el monopolio a la venta por parte del gobierno, la restricción de días y horarios de venta de bebidas alcohólicas, la desagregación de los puntos de venta.
- Prácticas contra la conducción en estado de ebriedad: e.g. los controles de sobriedad, control de bajos niveles de alcohol en sangre al conducir, tolerancia cero para jóvenes y licencias graduadas para principiantes.

La mayor parte de los estudios para evaluar la efectividad de estas estrategias han sido desarrollados en países del norte de Europa y Estados Unidos (Dinh-Zarr, Gos, & Heitman, 2004; Havard, Shakeshaft, & Sanson-Fisher, 2008). Si bien en la Argentina y otros países de la región se utilizan algunas de estas políticas, no se han encontrado

estudios que documenten su eficacia y/o efectividad y ningún país tiene una práctica política global e integrada que sirva como práctica ejemplar.

También se ha demostrado la efectividad de determinadas prácticas de atención en salud pública que se dirigen, no a la población general, sino al individuo, como las intervenciones breves que se caracterizan a continuación.

Intervención breve

Definición de Intervención Breve (IB).

Si bien existen muchos modelos, formatos, definiciones y contextos de aplicación de la Intervención Breve (IB), todos comparten una serie de características que definen el concepto. La IB es una práctica que se realiza por un profesional de salud capacitado y se focaliza en el cambio de un comportamiento (Nilsen, Kaner, & Babor, 2008). Tiene una duración limitada en el tiempo, ya sea unos pocos minutos hasta unas pocas sesiones; es personal, centrada en el paciente; y si bien no son exclusivas del ámbito del consumo de alcohol, es donde han tenido mayor desarrollo. Así, existen intervenciones breves para cesar el consumo de tabaco, reducir peso, reducir niveles de colesterol y cambiar hábitos alimentarios (Fleming & Graham, 2001). Se ofrecen usualmente en formato de entrevista personal o mediante dispositivos electrónicos.

IB y consumo de alcohol.

En el contexto del consumo de alcohol, la IB puede ser considerada como una técnica para la promoción y prevención de la salud y tiene como objetivo principal promover el consumo de *no riesgo* (eg. la abstinencia en adolescentes o mujeres gestantes) o de *bajo riesgo* (eg. la disminución en la frecuencia y cantidad de consumo).

Existen IBs oportunistas o especializadas. La IB oportunista es aquella que se dirige a detectar personas que presentan consumo de riesgo o perjudicial pero no están buscando ayuda para disminuir o cesar su consumo. El objetivo en este caso será motivar un consumo de *bajo riesgo* (Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Monteiro, & Poznyak, 2003) o de *no riesgo* (abstinencia) en grupos específicos como son las gestantes. Si bien no están diseñadas para el tratamiento de personas con TUA o dependencia, pueden ser una buena fuente de motivación para que quienes lo padecen busquen ayuda (Henry-Edwards et al., 2003). Las IB especializadas están diseñadas para ser aplicadas en el contexto de un tratamiento por consumo de alcohol y suelen ser de mayor duración y más estructuradas que las oportunistas (Heather, 1996).

Implementación de la IB.

Cualquier profesional de la salud puede realizar una IB luego de un entrenamiento. El entrenamiento suele ser breve, de aproximadamente seis horas (Seale et al., 2012) y puede impartirse presencialmente o de manera virtual. Así, profesionales de enfermería, medicina, psicología, nutrición o trabajo social (Nilsen et al., 2008), e incluso personal no especializado, luego del entrenamiento, pueden realizar la IB en diferentes contextos.

Los contextos de aplicación son variados. Los estudios se centran en general en salas de emergencias, centros de atención primaria a la salud, el contexto educativo, judicial y laboral. En muchos casos la evidencia ha demostrado que las IB eran eficaces en la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. En algunos contextos, como la atención primaria a la salud, esta efectividad fue mayor para los hombres (Kaner et al., 2009). En el contexto educativo, se trabajó mayoritariamente con estudiantes universitarios (Carey, Scott-Sheldon, Carey, & DeMartini, 2007), y en el

ámbito judicial (Coutlon et al., 2012) y laboral (Schulte et al., 2014) la evidencia es aún escasa pero promisorio.

Modelos y pasos de la IB.

Los modelos más relevantes de IB para reducir el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol son el modelo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Babor et al., 2007), el modelo del Instituto Nacional en Abuso de Alcohol y Alcoholismo (US Department of Health & Human Services., National Institutes on Health., & National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005) y el Tamizaje, Intervención Breve y derivación a tratamiento especializado (SBIRT por sus siglas en inglés) (Bernstein, Bernstein, & Levenson, 1997). Todos tienen sus propios instrumentos de evaluación recomendados, sus guías de intervención y materiales para el participante. En general, los modelos de IB incluyen tres pasos: una evaluación global del consumo, una etapa de intervención y un seguimiento (Ver Figura 3).

- 1) Evaluación global del consumo: la evaluación se realiza mediante cuestionarios breves (entre tres y 10 preguntas), donde se indaga la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido, así como consecuencias derivadas del consumo. El objetivo es identificar el nivel de riesgo y el resultado puede ser *no riesgo* (si la persona no consume alcohol), *consumo de bajo riesgo*, *consumo de riesgo*, y *consumo patológico*. A modo recordatorio, y por la importancia que reviste en la IB, el consumo de riesgo de alcohol es aquel que supone un aumento de la probabilidad de padecer consecuencias negativas para la salud, para otras áreas de la vida y para otras personas, sin llegar a ser un trastorno por uso de alcohol. En la próxima sección *Intervención breve para mujeres gestantes* se detallarán

los instrumentos de evaluación más recomendados para trabajar con dicha población.

- 2) Intervención: una vez obtenidos los resultados de la evaluación éstos determinarán los pasos a seguir.
 - a. En los casos de población general, cuando la persona presenta *no riesgo* o *consumo de bajo riesgo* se provee una intervención de refuerzo o preventiva felicitando y motivando para que el consumo se mantenga igual, que suele denominarse *intervención mínima*. Es ciertas poblaciones vulnerables, como menores de edad o mujeres gestantes, cualquier consumo debe ser considerado de riesgo, por lo que la intervención mínima sólo se llevaría adelante en los casos de *no riesgo* (*abstemios*).
 - b. Cuando el resultado indica *consumo de riesgo* o de *bajo riesgo* en poblaciones vulnerables, el usuario es invitado a participar de una segunda etapa, la de *asesoramiento*. La etapa de asesoramiento suele ser la que caracteriza a la IB, y se detallará más adelante en la sección *Ingredientes activos* de este mismo apartado.
 - c. Cuando los resultados de la evaluación indican que podría existir *consumo patológico*, como la dependencia, el segundo paso será el la *derivación asistida* a tratamiento especializado. Este paso es muy importante ya que el entrevistador tiene una oportunidad de oro para que la persona busque ayuda y no se debe desaprovechar. Sin embargo, muchas veces la derivación se dificulta por falta de recursos hacia donde derivar los casos. Se ampliará este punto en la sección *Barreras para implementar la IB* de este mismo apartado.

3) Seguimiento: se realiza especialmente a quienes participaron de la etapa de asesoramiento. Dependiendo del objetivo, puede ser a corto, mediano o largo plazo y suelen evaluarse los resultados con los mismos instrumentos que se realizó la evaluación inicial. En caso de que el consumo se mantenga en niveles de riesgo es conveniente reforzar la IB con un nuevo asesoramiento, especialmente en poblaciones de riesgo como mujeres gestantes o menores de edad.

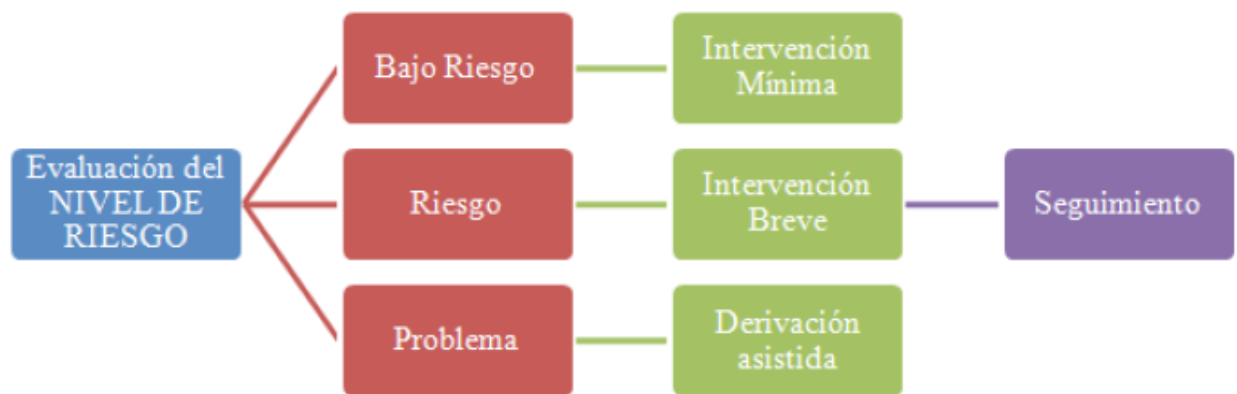


Figura 3. Pasos de la Intervención Breve con población general (Lichtenberger, López, & Cremonte, 2015).

Ingredientes activos.

En la etapa de asesoramiento. De acuerdo con el modelo elegido, existirán diversas propuestas sobre qué procedimientos realizar. La entrevista motivacional es uno de los métodos principales. Supone una interacción centrada en el participante con el objetivo de explorar y resolver la ambivalencia acerca del uso de las sustancias (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Se basa en los principios de la empatía, aumento de la discrepancia, considerar nuevos puntos de vista sobre la situación y apoyar la autoeficacia del participante (Miller & Sanchez, 1994). Ha sido demostrado que en

aquellos estudios donde se utilizó la entrevista motivacional las reducciones de los problemas relacionados con el alcohol fueron mayores (Carey, Scott-Sheldon, Elliott, Garey, & Carey, 2007).

Muy relacionados a la entrevista motivacional se encuentran una serie de ingredientes activos que contribuirían a la efectividad de la IB y se resumen bajo el acrónimo FRAMES (por sus siglas en inglés). Los ingredientes o componentes activos son los elementos que forman parte de la IB y podrían explicar por qué éste dispositivo funciona:

- a) Feedback (retroalimentación): un componente utilizado en la mayoría de los estudios con IB es el feedback (Bertholet, Daeppen, Wietlisbach, Fleming, & Burnand, 2005). Se brinda una devolución de los resultados obtenidos en la evaluación, información sobre los riesgos asociados al nivel de consumo detectado y una comparación entre el uso de alcohol del participante y sus problemas en relación al resto de la población. Los estudios metaanalíticos señalan que el feedback sería un componente central y efectivo de la IB (Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Carey et al., 2007).
- b) Responsibility (responsabilidad): se enfatiza en la responsabilidad personal del participante y en su decisión de cambiar sus hábitos de consumo.
- c) Advice (consejo): Un componente central es proveer una recomendación explícita para reducir o cesar el consumo basada en los riesgos asociados a éste. Pocos estudios evaluaron este ingrediente pero mejoraría los resultados de la IB (Gaume, McCambridge, Bertholet, & Daeppen, 2014).
- d) Menu of strategies (menú de estrategias): se proponen estrategias y

alternativas (e.g evitar las situaciones de consumo, planificar lo que se va a beber), para conseguir la reducción del consumo o la abstinencia, fijándose nuevas metas para el mediano y largo plazo y buscando opciones saludables y nuevas alternativas a la de consumir. Este componente no ha sido estudiado en profundidad pero los estudios a la fecha son prometedores (Gaume et al., 2014).

- e) Empathy (empatía): se propone trabajar desde la empatía y el respeto para favorecer la motivación del participante. El uso de un estilo empático y respetuoso se encontró asociado a un menor consumo en los seguimientos (Miller & Rollnick, 2012) y la estigmatización, por el contrario, resultaría una barrera, especialmente entre los participantes a quienes se los debe derivar a tratamiento especializado (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013).
- f) Self- efficacy (auto eficacia): para que la persona alcance nuevos objetivos se trabaja en promover la auto-confianza. Ha sido demostrado que las personas que creen que son capaces de realizar cambios en su consumo obtienen mejores resultados que aquellos que no sienten que vayan a lograrlo (Miller & Rollnick, 2012).

Además de los ingredientes activos existen *mediadores* del efecto de la intervención, variables entre la intervención y el cambio del comportamiento (Etchebarne, O'Connell, & Roussos, 2008). El estudio de los mediadores es indispensable para establecer cómo los ingredientes de la IB se relacionan con la disminución del consumo, permitiendo identificar los mecanismos de acción a través de los cuales la intervención logra sus efectos. A pesar de ello, la investigación de los mediadores es aún escasa, centrándose sobre todo en la disposición al cambio.

La disposición al cambio se refiere a un proceso continuo compuesto de diferentes etapas que reflejan el nivel de motivación que posee la persona para cambiar el comportamiento. Se sustenta en el modelo de las Etapas del cambio de comportamiento (Prochaska & DiClemente, 1986; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), que se basa en cuatro estadios: pre contemplación (no piensa en cambiar), contemplación (piensa en hacer el cambio), acción (hace cosas para cambiar) y mantenimiento. Se asume que la persona debe estar preparada y desear reducir su consumo de alcohol. Sin embargo, contrariamente a las expectativas, los estudios que evaluaron este constructo han encontrado un apoyo limitado como mediador (Borsari, Murphy, & Carey, 2009; Grossbard et al., 2016).

Evidencias de eficacia y efectividad de la IB.

Numerosas revisiones sobre la eficacia de las IB se han realizado a la fecha. De hecho existe una red internacional en intervenciones breves para alcohol y otras drogas llamada INEBRIA, donde se comparten y discuten los hallazgos del desarrollo, evaluación y aplicación de la IB para el uso de alcohol y otras sustancias, basado en evidencia científica. La red está integrada por investigadores, profesionales y decisores de políticas públicas de todo el mundo, y tiene una sección dedicada específicamente a América Latina.

Más de 50 estudios controlados realizados con aproximadamente 30.000 personas permitirían afirmar que las IB son eficaces para reducir el auto reporte del consumo de alcohol en quienes presentan consumo de riesgo o perjudicial (Platt et al., 2016), especialmente en contextos de servicios de emergencia, atención primaria a la salud (O'Donnell et al., 2014), con jóvenes estudiantes en escuelas y universidades (Carey et al., 2007), y con mujeres gestantes (WHO, 2014). Se ha considerado que la IB es más efectiva para el consumo de riesgo que para los TUA (D'Onofrio & Degutis,

2002); por esta razón la mayoría de los estudios de IB basados en servicios de emergencia se han realizado sobre bebedores no dependientes, excluyendo activamente aquellos identificados como dependientes (Nilsen et al., 2008). Sin embargo, nueva evidencia sugiere que la IB puede ser tan efectiva para la dependencia como para el consumo de riesgo (Field & Caetano, 2010b; Guth et al., 2008), aunque sigue existiendo controversia sobre el tema. La IB también ha demostrado ser tan efectiva para adolescentes como para adultos (Monti et al., 2007; Tait & Hulse, 2003).

La IB es además un instrumento bien aceptado por parte del personal de salud y los pacientes (Schermer, 2005; Sise, M., Sise, C., Kelley, Simmons, & Kelso, 2005) y algunos estudios determinaron que resultarían costo-efectivos como procedimientos de rutina (Gentilello, Ebel, Wickizer, Salkever, & Rivara., 2005; Neighbors, Barnett, Rohsenow, Colby, & Monti, 2010).

Las IB vía web han cobrado especial protagonismo en los últimos diez años (Carey, et al., 2012; Kypri, Langley, Saunders, Cashell-Smith, & Herbison, 2008) por ser un medio de intervención que en algunos contextos ha demostrado ser costo-efectivo y alcanzar a una gran cantidad de personas (Bewick, Trusler, Barkham, Hill, Cahill, & Mulhern, 2008; White, Kavanagh, Stallman, Klein, Kay-Lambkin, & Proudfoot, 2010). Sin embargo debe tenerse en consideración que en el contexto latinoamericano la tasa de respuesta es menor vía web en comparación con estudios de lápiz y papel, posiblemente por características socio-culturales como mayor desconfianza en el uso de los medios electrónicos y preferencias de contactos interpersonales más cercanos (Conde & Cremona, 2015).

Barreras para implementar IB.

A pesar de la evidencia sobre la eficacia de la IB, la implementación del dispositivo en los centros de atención primaria a la salud es escasa (Glass et al., 2017). Entre las principales barreras que se han detectado a la fecha por parte de los profesionales de salud se encuentran:

- Falta de contexto adecuado para la realización de la entrevista: si bien el lugar donde se realiza la IB no parecería influir en los resultados (Platt et al., 2016), la falta de un sitio adecuado donde encontrar intimidad parece ser una limitación para el personal de salud de los centros de atención primaria a la salud. En los países en desarrollo a esto se le suma la limitación del tiempo (Hoffman et al., 2016). Los sistemas públicos de salud son insuficientes y padecen falta de recursos humanos y financieros para realizar la detección, prevención y tratamiento de aquellas personas que padecen consumo de riesgo o patológico (Aparicio & Rodríguez, 2012).
- Falta de recursos económicos: la incorporación de una nueva prestación supone inconvenientes administrativos como quién pagaría la prestación, qué profesional la facturaría, si el tiempo que llevan las IB es suficiente como para que se contemple un pago diferencial de la consulta, etc (Platt et al., 2016).
- Falta de servicios especializados donde derivar a las personas detectadas con consumo patológico de alcohol: la falta de servicios y profesionales especializados en el área del consumo patológico de alcohol en Latinoamérica (Aparicio & Rodríguez, 2012).
- Desconocimiento de las consecuencias del consumo de riesgo de alcohol por parte del personal (Hoffman et al., 2016): esto podría deberse a que muchas

veces los propios profesionales consumen en niveles que son de riesgo para su salud, por lo que no identifican ese nivel de consumo como un problema sobre el cual intervenir (Platt et al., 2016).

A pesar de las barreras, algunos países de la región como Chile, Colombia y Panamá han implementado la evaluación sistemática del consumo en los centros de atención primaria a la salud, implementado Chile y México programas de IB. Sin embargo, no cuentan con evidencias de su eficacia o efectividad, por lo que la evidencia regional sobre la eficacia de la IB es al momento, limitada (Glass et al., 2017).

Futuros desafíos.

Muchas áreas deben aún ser desarrolladas. Escasean los estudios de efectividad y de costos de implementación, así como estudios que aíslen los ingredientes activos y mediadores para conocer porqué y bajo qué condiciones la IB funciona (Gaume et al., 2014). La duración de los efectos de la IB también presenta reducida evidencia. En una revisión se determinó que en adultos con consumo de riesgo, la duración del efecto sería de hasta dos años y que en los casos en los que se incluye re-contacts, el efecto de la intervención se mantendría por más tiempo (Jonas et al., 2012). Este es un factor de suma importancia para evaluar la efectividad del dispositivo.

Tampoco hay estudios que evalúen la eficacia basándose en una medida objetiva, más allá del auto reporte. Esto ha llevado a que se cuestione si los efectos encontrados de la IB son reales ya que las respuestas de los pacientes podrían deberse a la deseabilidad social (Glass et al., 2017).

Además, la mayor parte de la evidencia proviene de centros de atención primaria de la salud de Europa o Estados Unidos, donde las prácticas de consumo de alcohol difieren mucho de las del contexto local. En una revisión del año 2016 donde se

incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios de IB para reducir el consumo de riesgo de alcohol, sólo tres pertenecían a otros países y ninguno a la región Latinoamericana (Platt et al., 2016). En otra revisión del año 2013, O'Donnell y colegas llaman la atención sobre la falta de estudios que investiguen la eficacia del dispositivo en poblaciones vulnerables y de alto riesgo como mujeres, jóvenes y adultos mayores, minorías étnicas y con trastornos mentales comórbidos, y especialmente en aquellos que viven en países en vías de desarrollo.

Por último, escasean a nivel global los estudios que evalúen la eficacia de la IB en pacientes con TUA. Se ha hipotetizado que en estos pacientes la IB podría funcionar como catalizador para motivar el cambio de comportamiento, junto con otras experiencias de los pacientes por fuera del sistema de salud, por lo que mayor investigación en esta área es recomendada (Glass et al., 2017).

IB en mujeres gestantes

El contexto de atención prenatal ha sido descrito como ideal para tratar el consumo de alcohol ya que la motivación para eliminar conductas no saludables se ve incrementada durante la gestación por el deseo de tener un bebé sano (Nilsen, 2009). En mujeres gestantes, la implementación de la IB presenta características particulares tanto por los instrumentos de evaluación recomendados, por el objetivo que debe alcanzarse y por la importancia que reviste el seguimiento durante el embarazo para evitar las consecuencias del consumo en la madre y el feto.

Instrumentos de evaluación recomendados.

La cantidad y frecuencia de alcohol consumido antes de la gestación ha demostrado ser un buen predictor del consumo durante la gestación (Harrison & Sidebottom, 2009), por lo que en todas las evaluaciones suelen incluirse preguntas de frecuencia y cantidad de consumo pre gestacional (Lichtenberger, Conde, & Cremonte, 2016).

Entre los instrumentos recomendados para evaluar consumo de riesgo se encuentran el T-ACE (Sokol, Martier, & Ager, 1989), el TWEAK (Russell & Bliger, 1979), el AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) y el AUDIT-C (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1999).

El T-ACE es un instrumento de cuatro ítems que fue diseñado específicamente para la población de mujeres gestantes y suele ser el más utilizado en los estudios experimentales realizados en Estados Unidos. Evalúa tolerancia, preocupaciones ajenas por el consumo, sensación de la necesidad de reducirlo y consumo matutino. Su puntaje oscila de 0 a 4 y un puntaje de dos ya es considerado consumo de riesgo. Globalmente para mujeres gestantes presenta valores de sensibilidad entre 60 y 91% y de especificidad entre 37 y 79% (WHO, 2014). En mujeres gestantes argentinas tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 76% (López, Lichtenberger, Conde, & Cremonte, 2017).

El TWEAK consta de cinco ítems y fue diseñado específicamente en el contexto de atención prenatal para detectar consumo de riesgo de alcohol. Evalúa los mismos ítems que el T-ACE pero agrega una pregunta de amnesia anterógrada, un indicador de alto riesgo por sus consecuencias asociadas (Conde, Remaggi, & Cremonte, 2014). Su puntaje oscila de 0 a 7 y un puntaje de 2 ya es considerado positivo para consumo de

riesgo. Globalmente para mujeres gestantes sus valores de sensibilidad varían entre el 59 y 92% y de especificidad entre 64 y 92% (WHO, 2014b). En mujeres gestantes argentinas la sensibilidad es del 96% y su especificidad del 77% (López et al., 2017).

El AUDIT es un instrumento de 10 ítems que tiene como objetivo evaluar el consumo de alcohol (ítems 1 a 3), el consumo patológico (ítems 4 a 6) y las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol (ítems 7 a 10). Su puntaje va de 0 a 40 y el puntaje de corte óptimo para detectar TUA en mujeres gestantes argentinas es de 4. Globalmente presenta niveles de sensibilidad entre 7 y 23% y de especificidad entre 97 y 100% (WHO, 2014b) para mujeres gestantes. En mujeres gestantes argentinas es el instrumento con mejor desempeño psicométrico presentando una sensibilidad de 87% y una especificidad del 86% (López et al., 2017).

El AUDIT-C es una versión abreviada del AUDIT (ítems 1 a 3) y se utiliza para detectar consumo de riesgo de alcohol. Su puntaje oscila de 0 a 12 y un puntaje de 3 ya es indicador positivo de consumo de riesgo en mujeres gestantes. Globalmente, sus valores de sensibilidad oscilan entre el 18 y 100% y de especificidad entre 71 y 100% (WHO, 2014b). Para mujeres gestantes argentinas presenta una sensibilidad de 90% y una especificidad del 79% (López et al., 2017).

Tanto el T-ACE, el TWEAK y el AUDIT- C han demostrado buena sensibilidad y especificidad para detectar consumo de riesgo de alcohol en el contexto norteamericano (Burns, Gray, & Smith, 2010). En el contexto de mujeres gestantes argentinas, el TWEAK, el T-ACE y el AUDIT- C mostraron la mayor sensibilidad y el AUDIT la mayor especificidad (López et al., 2017).

La etapa de asesoramiento en mujeres gestantes.

Una de las características distintivas de la IB en mujeres gestantes del resto de la población es el tipo de recomendación que deberá impartirse. Esta población debe ser considerada de alto riesgo por las consecuencias que derivan del consumo aun en cantidades mínimas, por lo que siempre deberá motivarse como objetivo la abstinencia antes que la reducción. En un estudio fue demostrado que aquellas mujeres que seleccionaban como objetivo la abstinencia antes que la reducción obtenían mejores resultados a largo plazo (Chang, Goetz, Wilkins-Haug, & Berman, 2000).

Otra característica propia de esta población es que la discapacidad social puede ser mayor que en otras poblaciones, por lo que deberá mantenerse una actitud de continuo respeto, sin enjuiciar y siempre brindar el asesoramiento completo aunque los niveles de consumo reportados hayan sido bajos.

Por último, es siempre recomendable incluir a la pareja o a quienes convivan con la mujer gestante. Esto potenciaría los resultados, especialmente entre aquellas mujeres que reportan los mayores niveles de consumo (Chang et al., 2005).

El seguimiento en mujeres gestantes.

Idealmente la IB debe realizarse lo antes posible durante la gestación, incluso antes, cuando el embarazo se está planificando y deben realizarse seguimientos para asegurarse que la mujer haya conseguido la abstinencia o al menos una reducción en su consumo. Cuando el objetivo no se haya alcanzado es bueno reforzar la IB.

Evidencias de eficacia y efectividad de la IB en mujeres gestantes.

La primera investigación sobre IB y consumo de alcohol en mujeres gestantes se registró en el año 1999 (Chang, Wilkins-Haug, Berman, Goetz, 1999) y el campo se ha

mantenido en crecimiento continuado, especialmente durante los últimos años (Lichtenberger, Conde, & Cremonte, 2016). Aunque la evidencia total es todavía escasa y en su mayoría proviene de los Estados Unidos, los resultados avalan a la IB como una técnica útil para lograr cambios en el consumo durante la etapa gestacional. Tal es así que la OMS, en su *Guía para Identificar e Intervenir sobre el Uso de Sustancias durante la Gestación* (WHO, 2014), apoya específicamente las iniciativas de evaluación e IB tanto en mujeres gestantes como en edad de procrear.

En términos generales, mediante ensayos controlados aleatorizados se ha demostrado que las mujeres gestantes que reciben IB alcanzan y mantienen más exitosamente la abstinencia que quienes participan en los grupos control (O'Connor & Whaley, 2007). Además, se han encontrado reducciones tanto en la cantidad como en la frecuencia consumida, en algunos casos en ambos grupos (Aliane, 2012; Chang et al., 2005; Handmaker, Miller, & Manicke, 1999; Marais et al., 2011; Nilsen, 2009; O'Connor & Whaley, 2007; Sheenan, Gill, & Kelly, 2014), y en aquellos trabajos donde se utilizaron indicadores de salud de los bebés como medida objetiva de resultados, los hijos de aquellas madres que recibieron la IB presentaron mayor peso, mayor longitud, menor muerte fetal y más cantidad de nacimientos a término (Armstrong et al., 2009; O'Connor & Whaley, 2007; Tzilos et al., 2011). Sólo un estudio donde se evaluó peso al nacer y puntaje de APGAR no encontró diferencias significativas entre los recién nacidos del grupo IB y control (Chang, 1999).

Entre los estudios que han hallado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo IB y el grupo control pocos utilizaron la IB cara a cara y sólo uno fue en contexto de atención prenatal (O'Connor & Whaley, 2007). Los otros se realizaron con mujeres en edad reproductiva, no gestantes (Floyd et al., 2007; Martino et al., 2018),

puérperas (Fleming et al., 2008) y mujeres presas (Begun et al., 2011), o a través de un medio computarizado (Martino et al., 2018; Tzilos et al., 2011; Witbrodt et al., 2007) o vía telefónica (Eberhard et al., 2010; Lin et al., 2010).

Futuros desafíos.

Recientemente se han realizado investigaciones sobre la efectividad y la aceptación de la técnica realizada vía web (Nayak, Korcha, Kaskutas, & Avalos, 2014; Pollick, 2015; van der Wuck et al., 2014), aunque faltarían nuevas líneas de investigación que evalúen la costo-efectividad de la técnica en este contexto específico, así como la aceptación por parte del personal de salud que la realiza. Además, todos los estudios experimentales utilizaron sólo dos grupos: intervención y control, donde el control suele ser una evaluación breve sobre consumo frecuente. En otros contextos con mayor desarrollo de investigación, como los servicios de emergencia, la atención primaria a la salud o los contextos educativos, se ha demostrado que la evaluación resulta en reducciones de cantidad y frecuencia de consumo, por lo que suele recomendarse la utilización de tres grupos: uno de intervención, uno de evaluación y otro que no reciba ninguna evaluación o intervención. Entre mujeres gestantes es frecuente encontrar reducciones en ambos grupos (Nilsen, 2009), por lo que considerar la realización de nuevas investigaciones donde se tomen en cuenta este tipo de consideraciones metodológicas podría ser muy importante (Jenkins, McAlaney, & McCambridge, 2009; McCambridge, Kypri, McElduff, 2014).

Conclusiones

El consumo de alcohol durante la gestación es un problema para la Salud Pública de todos los países que debe ser abordado con urgencia. En Argentina, la prevalencia de consumo durante la gestación se encuentra entre las más altas del mundo y gran parte de las mujeres que consume en esta etapa desconoce los daños que el mismo puede provocar en el feto, información que debería poseer toda mujer en edad reproductiva. La necesidad de contar con estrategias efectivas para evitar el consumo de alcohol durante la gestación está siendo cada vez más reconocida, lo que se refleja en la tendencia creciente de estudios que evalúan la eficacia y la efectividad de las IB en esta población. Sin embargo, los estudios son prácticamente inexistentes en el contexto latinoamericano y las publicaciones, hasta donde conocemos, nulas en habla hispana. Además muchos experimentos de IB presentan resultados contradictorios y deficiencias metodológicas por no utilizar más que un único grupo control que recibe evaluación sobre el consumo de alcohol o no utilizar medidas objetivas de resultado, por lo que muchas veces se dificulta la correcta interpretación de los mismos. Tampoco existen datos respecto a la utilización de la IB en el contexto local con mujeres gestantes aunque los resultados en otros países permiten considerarlo un recurso óptimo para abordar la problemática al mostrar reducciones significativas en la cantidad y frecuencia de alcohol consumido por las madres, y mejores características de salud de los bebés (mayor peso, mayor longitud, menor muerte fetal, nacimientos a término, etc.), aún con IBs de muy corta duración.

Justificación del estudio

Se espera que con el desarrollo de este proyecto se obtenga información adaptada a la población local sobre la eficacia y aceptación cultural de la IB, un recurso que en los contextos donde fue estudiado, casi la totalidad países de habla inglesa y de gran desarrollo económico, ha resultado costo-efectivo para prevenir los daños provocados por la exposición prenatal al alcohol. Este dispositivo podría derivar en políticas públicas integrales, costo-efectivas, que aborden el problema del consumo de alcohol durante la gestación.

Además se espera que los resultados aporten evidencia sobre la eficacia de la IB sorteando algunas de las más comunes deficiencias metodológicas que presentan los experimentos sobre la temática.

Por último se espera que el desarrollo de este trabajo aporte evidencia preliminar sobre la eficacia de intervenir brevemente en pacientes con TUA.

Objetivos

De modo general, este estudio se propone contribuir con el desarrollo e implementación de una intervención para disminuir el consumo de alcohol en una población de alto riesgo como son las mujeres gestantes. De este objetivo mayor se desprenden:

- 1) Determinar el grado de eficacia, factibilidad y aceptabilidad de la Intervención Breve para promover la abstinencia de alcohol en mujeres gestantes que presenten riesgo de exposición prenatal al alcohol.
- 2) Caracterizar la prevalencia de consumo habitual de alcohol y consumo excesivo episódico de alcohol, en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes que consumieron alcohol durante el último año.
- 3) Caracterizar el patrón de consumo habitual de alcohol, en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes con indicadores de trastornos por uso de alcohol.
- 4) Evaluar la eficacia de la evaluación del consumo de alcohol y la derivación a tratamiento especializado en mujeres gestantes con indicadores de trastornos por uso de alcohol.

Materiales y métodos

Para cumplir con los objetivos de este trabajo se realizaron dos estudios experimentales. En el Estudio 1 se determinó la prevalencia de consumo habitual de alcohol y CEEA en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón (MGP) y la eficacia de la intervención breve (IB) teniendo en cuenta la cantidad de alcohol consumida. Fue de diseño inter-sujeto, con pre y post prueba, y asignación al azar a una de dos condiciones posibles: intervención breve (IB) y consejo breve (CB). Además se incluyó un tercer grupo control post hoc (CPH).

En el Estudio 2 se determinó la eficacia de la IB teniendo en cuenta indicadores de salubridad de los recién nacidos. Para ello se compararon los recién nacidos cuyas madres participaron de los grupos IB, CB y recién nacidos de un tercer grupo control externo (CE) cuyas madres no recibieron ni evaluación ni intervención.

Por último, para cumplimentar el objetivo de caracterizar el patrón de consumo habitual de alcohol en mujeres gestantes de MGP con indicadores de trastornos por uso de alcohol (TUA) se realizó un estudio descriptivo. También se incluyeron análisis de la reducción del consumo luego de recibir el consejo de abstinencia y derivación a tratamiento especializado.

Estudio piloto

Se realizó un estudio piloto con 26 mujeres de menos de 26 semanas de gestación ($M = 13$, $DE = 5.4$) durante los meses de octubre de 2015 a junio de 2016 en el Centro Alto Camet de Atención Primaria a la Salud del MGP, Argentina. El centro

fue seleccionado por conveniencia. Se aleatorizaron las participantes en las dos condiciones experimentales (IB y CB). Las entrevistas fueron realizadas por el psicólogo y la asistente social de la institución, quienes recibieron capacitación y entrenamiento en evaluación e IB. Se evaluó el consentimiento informado (Ver Apéndice A), la hoja de información (Ver Apéndice A) y los materiales a utilizar (Ver Apéndice B, C, D y Anexo 3). No fueron necesarias adaptaciones de los materiales.

Participantes

Estudio 1.

Criterios de elegibilidad: se realizó un muestreo probabilístico sistemático de todas las mujeres ingresantes a determinados Centros de Atención Primaria a la Salud del Sistema Público de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón (CAPS), para controles prenatales, desde abril a septiembre de 2016. Para los grupos IB y CB se consideraron todas las mujeres que se encontraran cursando hasta la semana 26 de gestación inclusive. El grupo CPH estuvo conformado por todas las restantes.

- a. *Criterios de inclusión:* las participantes a) se encontraban cursando un embarazo actualmente, b) brindaron su consentimiento informado luego de leer o escuchar la hoja de información y c) presentaron una respuesta positiva en la evaluación de la frecuencia de consumo de alcohol durante los 12 meses anteriores al momento de la entrevista.
- b. *Criterios de exclusión:* se excluyó de la muestra a aquellas mujeres que: a) se encontraban en tratamiento por problemas relacionados con el uso de alcohol u otras sustancias, u obtuvieron un puntaje ≥ 4 en el AUDIT a partir del momento que se enteraron de la gestación (López et al., 2017), b) no residían habitualmente en el Municipio de

General Pueyrredón, y c) estaban cognitivamente incapacitadas para comprender las preguntas del cuestionario. Todas las mujeres que obtuvieron un puntaje ≥ 4 en el AUDIT a partir del momento que se enteraron de la gestación recibieron la IB reforzándose la necesidad de que soliciten tratamiento especializado y se les realizó un seguimiento a los tres meses.

Lugares y ubicación donde se recolectaron los datos: los CAPS fueron seleccionados por su distribución geográfica en el Municipio de General Pueyrredón, y la alta afluencia de gestantes atendidas por año. Los datos sobre la cantidad de gestantes fueron suministrados por los responsables de la Secretaría de Salud Mental del Municipio. Se seleccionaron cinco de 29 CAPS: Alto Camet (zona norte, prueba piloto), Meyrelles (zona sur), Belgrano (zona norte), IREMI (centro, es también un centro de diagnóstico por imágenes, eg. ecografías de toda la zona norte y centro del Municipio) y CEMA (zona sur, es también un centro de diagnóstico por imágenes, eg. ecografías de toda la zona sur del Municipio).

Tipo de muestra y estimación del tamaño muestral: se utilizó un diseño muestral probabilístico sistemático con asignación aleatoria a los grupos IB y CB para las gestantes cursando hasta la semana 26 inclusive y el resto de las participantes conformaron el grupo CPH. Se estimó un tamaño de $n = 120$ para cada una de las tres condiciones experimentales. El cálculo de la muestra fue estimado para una potencia = 80, $p < .05$, tomando como base el estudio de van der Wulp, et al., 2014.

Durante la toma de datos, se registró el ingreso de 924 mujeres para controles prenatales en los CAPS. Se registraron 31 pérdidas de mujeres que entraron para pedir un turno y salieron sin ser entrevistadas. Se invitó a participar a 893 mujeres. De éstas,

ocho se negaron a participar luego de la entrega del consentimiento informado y la hoja de información, y tres se encontraban en tratamiento por uso de sustancias. No se registraron pérdidas por vivir fuera del Municipio de General Pueyrredón o por incapacidad para comprender las preguntas del cuestionario.

En total, 639 mujeres cumplieron los criterios de inclusión y 485 conformaron los grupos IB y CB. En la Figura 4 se presenta un flujograma con su distribución por grupos.

Para el re-test se registró una tasa de re-contacto del 56%, luego de cinco intentos con cada participante distribuidos a lo largo de dos semanas. Entre los principales motivos por los que el re-contacto falló se registraron: a. teléfono constantemente apagado (35%), b. no contestación (23%) y c. teléfono erróneo (18%). Sólo cuatro mujeres (1%) no quisieron contestar cuando se las contactó nuevamente.

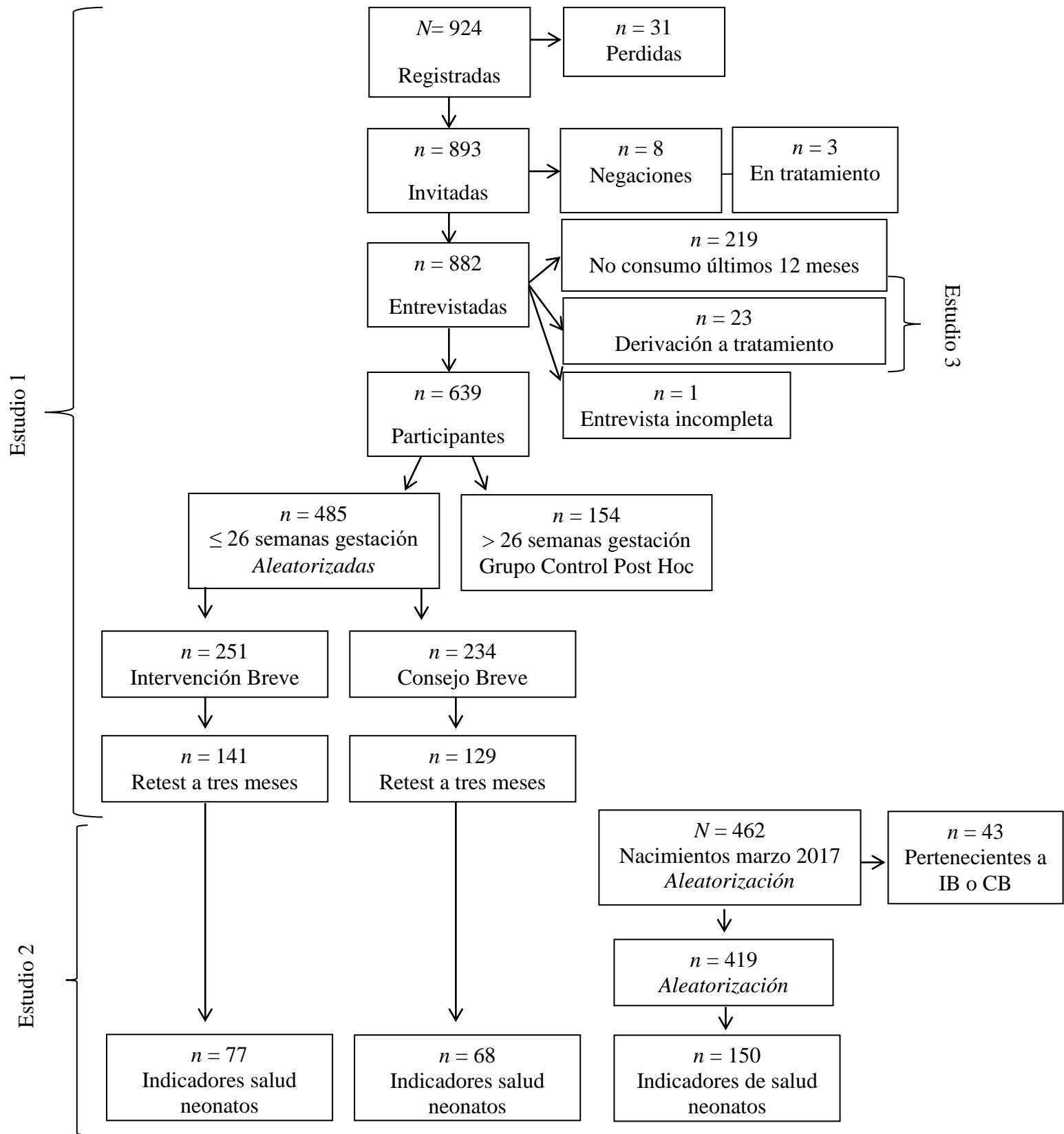


Figura 4. Flujo de participantes de los Estudios 1, 2 y 3

Caracterización de la muestra

La edad media de las participantes fue de 25 ($DE = 6$), con un mínimo de 14 y un máximo de 45 años. La media de semanas de gestación al momento de la entrevista fue de 19 ($DE = 9$). Muchas mujeres estaban esperando su primer hijo (41% (IC95% [38-46]) o esperaban el segundo (29% (IC95% [26-33])). Más de la mitad (67% (IC95% [64-71])) vivía en pareja, el 12% (IC95% [10-15]) estaba casada, el 19% (IC95% [15-22]) estaba soltera y el resto separadas. La mayoría había abandonado los estudios secundarios, eran amas de casa y vivían en condiciones socioeconómicas inaceptables. La información descriptiva sobre educación, ocupación y condiciones socioeconómicas se presentan en la Tabla 1.

Entre aquellas mujeres que se consideraron pertenecientes a alguna religión (45% (IC95% [41-49])), más de la mitad eran católicas (54% (IC95% [48-59])) y muchas cristianas evangélicas (42% (IC95% [37-48])). Dentro de las que se consideraban religiosas, el 42% (IC95% [36-48]) indicó asistir a algún establecimiento religioso. De éstas, el 69% (IC95% [61-77]) eran cristianas evangélicas.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las mujeres gestantes del Municipio de General

Pueyrredón (MGP), Argentina (N = 639)

	%	IC 95%
Nivel educativo		
Primaria incompleta	6	4-8
Primaria completa	12	10-15
Secundaria incompleta	46	42-50
Secundaria completa	23	20-27
Terciario incompleto	4	2-6
Terciario completo	4	2-5
Universitario incompleto	5	3-7
Universitario completo	.5	0-1
Ocupación		
Empleado (+35 hora semanales)	10	8-13
Sub empleado	14	11-16
Sin trabajo y buscando	3	2-5
Sin trabajo y no buscando	20	17-23
Ama de casa	42	39-46
Estudiante	9	7-12
Estado Socioeconómico (ES) *		
Clase I. Clase alta: excelente ES	0	0-1
Clase II. Clase media alta: buen ES	8	6-10
Clase III. Clase media: razonable ES	41	38-45
Clase IV. Clase media baja: ES reducido	49	45-53
Clase V. Clase baja: pobre ES	1	0-2

Nota. * De acuerdo a la escala GRAFFAR (Mendez-Castellano & Mendez, 1994); IC = intervalo de confianza.

Estudio 2.

Criterios de elegibilidad: las participantes fueron las mujeres puérperas que formaron parte del Estudio 1, y mujeres que dieron a luz durante el mes de marzo de 2017 en el Hospital Materno Infantil del MGP, Buenos Aires, Argentina (HMI), quienes conformaron un grupo control externo (CE).

- a. *Criterios de inclusión:* las participantes del Estudio 1 a) pertenecían a los grupos IB o CB, b) fueron re-contactadas a los tres meses posteriores a la entrevista inicial, c) habían brindado su documento nacional de identidad (DNI), d) se encontraban en la base de datos de nacimientos del HMI de los meses enero, febrero y marzo de 2017.
- b. *Criterios de exclusión:* se excluyó de la muestra a aquellas mujeres que a) no se encontraban en la base de datos del HMI, b) hubiesen formado parte del grupo CPH del Estudio 1.

La base de datos del HMI fue otorgada por las autoridades de la Secretaría de Salud Mental del Municipio de General Pueyrredón. En la misma se encontraba la información de todas aquellas mujeres que habían ingresado al HMI para dar a luz durante los meses de enero, febrero y marzo 2017.

Participaron 77 mujeres del grupo IB y 72 mujeres del grupo CB. Las participantes del grupo CE ($n = 156$) fueron seleccionadas aleatoriamente entre las mujeres que dieron a luz durante el mes de marzo ($N = 462$), luego de eliminar 43 casos identificados a través del DNI como pertenecientes a los grupos IB y CB (ver Figura 4). Se seleccionó el mes de marzo para conformar el grupo CE para evitar a aquellas mujeres que hubiesen participado en el CPH del Estudio 1. Estas últimas recibieron la

evaluación de consumo y un folleto informativo con los daños de la exposición prenatal al alcohol (ver Procedimiento). Al tener las participantes del grupo CPH más de 26 semanas de gestación al momento de la entrevista inicial, en marzo de 2017, y siendo el periodo de un embarazo normal de 36 a 42 semanas, todas ya habrían dado a luz. De esta manera, los datos obtenidos para el grupo CE cumplieron con el criterio de pertenecer a madres que no recibieron ninguna intervención, evaluación o información extra a la ofrecida regularmente por los servicios de atención primaria a la salud del Municipio de General Pueyrredón.

Estudio 3.

Criterios de elegibilidad: participaron todas aquellas mujeres que presentaron indicadores de Trastornos por uso de alcohol (TUA) a partir del momento que se enteraron de la gestación, según el AUDIT.

- a. *Criterios de inclusión:* las participantes a) se encontraban cursando un embarazo actualmente, b) brindaron su consentimiento informado luego de leer o escuchar la hoja de información y c) presentaron un puntaje ≥ 4 en el AUDIT a partir del momento que se enteraron de la gestación
- b. *Criterios de exclusión:* se excluyó a todas aquellas mujeres que a) no residían habitualmente en el Municipio de General Pueyrredón, y b) estaban cognitivamente incapacitadas para comprender las preguntas del cuestionario.

En total, 23 mujeres cumplieron los criterios de inclusión. En el re-test se registró una tasa de re-contacto del 43%, luego de cinco intentos con cada participante distribuidos a lo largo de dos semanas.

Caracterización de la muestra

La edad media de las participantes fue de 23 ($DE = 5$), con un mínimo de 17 y un máximo de 33 años. La media de semanas de gestación al momento de la entrevista fue de 18 ($DE = 10$). Más de la mitad estaba esperando su primer hijo (48% (IC95% [30-70]) o esperaban el segundo (26% (IC95% [8-43])). El 70% convivía con su pareja (IC95% [49-87]), y el 22% estaba soltera (IC95% [9-43]). El 18% no había terminado los estudios primarios (IC95% [4-36]) y más de la mitad había abandonado los estudios secundarios (64%, IC95% [10-15]). El 45% (IC95% [27-68]) eran amas de casa y el 27% estudiantes (IC95% [9-45]). En relación a las condiciones socioeconómicas, el 61% (IC95% [39-78]) pertenecía a clase baja superior y el 35% (IC95% [17-56]) a clase media.

Sólo el 30% de las mujeres que conformaron esta muestra se consideraron pertenecientes a alguna religión (IC95% [13-52]).

Medidas

Estudio 1 y Estudio 3.

- *Sociodemográficos*: se consideró la edad (en años), cantidad de hijos, estado civil (1= casada, 2= unida de hecho, 3= separada, 4= divorciada, 5= viuda, 6= soltera), religión (si/no), tipo de religión y si asistía regularmente a establecimiento religioso (si/no), escolaridad (1= primaria incompleta, 2= primera completa, 3= secundaria incompleta, 4=secundaria completa, 5= terciario incompleto, 6= terciario completo, 7= universitario incompleto, 8=universitario completo), ocupación (1= empleado a tiempo completo, 2= empleado a tiempo parcial, 3= buscando empleo, 4= no buscando empleo, 5=

discapacitado, 6= ama de casa, 7= estudiante, 8= otro). El nivel socioeconómico (NSE) se estableció en base a la escala Graffar (Castellano & de Méndez, 1994). La escala toma en cuenta cuatro variables: ocupación de quien gana más dinero en el hogar, nivel de educación de los padres, principal fuente de ingresos y condición de vivienda de la familia. Se clasificó con los siguientes puntajes:

- Estrato I (1): clase alta superior, muy buen NSE, puntaje de 5 a 9
 - Estrato II (2): clase alta inferior, buen NSE, puntaje de 10 a 13;
 - Estrato III (3): clase media, razonable NSE, puntaje de 14 a 17;
 - Estrato IV (4): clase baja superior, reducido NSE, puntaje de 18 a 21;
 - Estrato V (5): clase baja inferior, pobre NSE, puntaje de 22 a 25.
- *Edad gestacional*: se determinó la edad gestacional en base a las semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha de la entrevista.
- *Patrón de consumo habitual de alcohol*: se indagó el consumo habitual de alcohol mediante el método de cantidad y frecuencia para los *últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación*.
- Cantidad: se estimó en unidad estándar (UE, 1 unidad = 11gr de alcohol absoluto) (NIIIA, 2004). Se utilizó una tabla de equivalencias con imágenes de bebidas populares en el contexto de la recolección de datos para facilitar las respuestas (Ver Figura 5 en Anexo 1).
 - Frecuencia en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación: se clasificó en 1= *todos los días*, 2= *casi todos los días*, 3= *3 o 4*

veces por semana, 4= 1 o 2 veces por semana, 5= 2 o 3 veces al mes, 6= cerca de una vez al mes, 7= 6-11 veces al año, 8= 1-5 veces al año, 9= nada en los últimos 12 meses pero si antes, 10= nunca tomé.

La opción 9 y 10 fueron utilizados como criterio de exclusión por ausencia de consumo durante el último año.

- Frecuencia desde que la mujer confirmó la gestación: se clasificó en 1= *todos los días*, 2= *casi todos los días*, 3= *3 o 4 veces por semana*, 4= *1 o 2 veces por semana*, 5= *2 o 3 veces al mes*, 6= *cerca de una vez al mes*, 7= *6-11 veces al año*, 8= *1-5 veces al año*, 9= *nada desde que confirmé mi gestación.*

- *Consumo de riesgo:* se estimó el consumo de riesgo en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y después de confirmar la gestación. Se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). El AUDIT ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en las mujeres embarazadas argentinas, $\alpha = 0.93$, Sensibilidad = 87%, Especificidad = 86% (López et al., 2017). Se consideró consumo de riesgo en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación un puntaje mayor o igual a 8 y trastorno por uso de alcohol (TUA) un puntaje mayor o igual a 16. Se consideró consumo de riesgo luego de confirmar la gestación un puntaje mayor o igual a uno y para estimar TUA un puntaje mayor o igual a 4 (López et al., 2017).

- *Tipo de bebida*: se indagó el tipo de bebida preferido en base a cinco opciones: 1= cerveza, 2= vino, 3= vodka, whisky, licor u otra bebida destilada, 4= bebidas preparadas (eg. fernet con bebida cola), 5= otra.
- *Intervención Breve (IB)*: se utilizó la técnica de la entrevista motivacional adaptada a partir de Miller y Rollnick (2012) teniendo en cuenta los ingredientes activos que a la fecha parecen mediar en la eficacia de las IB (Gaume et al., 2014). Se diseñó una *Guía Técnica para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes* (Apéndice B) para capacitar a los entrevistadores y un *folleto guía* para las participantes con todos los pasos de la IB (Apéndice C). Durante la IB se ofreció retroalimentación sobre los resultados de la evaluación del consumo de alcohol, consejo claro de abstinencia e información de exposición prenatal al alcohol. Además se compartió un menú de estrategias y opciones para que la participante pueda alcanzar la abstinencia y motivos para cesar el consumo. Se motivó la autoeficacia y se ofreció información de contacto.
- *Consejo Breve*: consistía en un folleto con información sobre los daños de la exposición prenatal al alcohol (Apéndice D).
- *Factibilidad*: para evaluar la factibilidad de la IB se consideró el tiempo de ejecución de la misma.
- *Aceptabilidad*: para evaluar la aceptabilidad de la IB se administraron cuatro preguntas construidas *ad hoc* luego de finalizar la IB:
 - ¿Las preguntas del cuestionario le resultaron fáciles de responder?
 - ¿Aprendió algo nuevo?

- ¿Le contaría lo que aprendió a otros?
- ¿Habría con su médico de lo que aprendió?

Además se realizó una pregunta al momento del re-test para evaluar con quiénes habían compartido los contenidos de la entrevista. Las opciones se categorizaron luego de las respuestas en 1= *profesional de salud (médico o licenciado en obstetricia)*, 2= *pareja*, 3= *familia*, 4= *amigos*, 5= *otros*, 6= *nadie*. (Ver Cuestionarios completos en el Anexo 3).

Estudio 2.

- *Indicadores de salubridad de los neonatos*: se tuvieron en cuenta dos indicadores objetivos: peso al nacer (en kilogramos) y edad gestacional al nacer (en semanas), y uno subjetivo, el puntaje APGAR (en una escala de 1 a 10).

Los indicadores objetivos seleccionados se encuentran estrechamente relacionados con el consumo de alcohol durante la gestación. Se ha registrado menor peso y menor edad gestacional al nacer cuando ha existido exposición prenatal al alcohol, aún en bajas cantidades (Patra et al., 2011). La relación del consumo gestacional con el puntaje APGAR hasta donde sabemos no ha sido tan extensamente investigada y la evidencia no es clara, encontrándose resultados contradictorios (Spohr & Steinhausen, 1996). El APGAR es un examen rápido que realiza el neonatólogo al primer y quinto minuto del nacimiento del bebé y evalúa esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y coloración de la piel.

Procedimiento

Estudio 1 y Estudio 3:

Todas las mujeres gestantes que ingresaron a los CAPS seleccionados para recibir atención prenatal fueron invitadas a participar del estudio. En caso de aceptar, entregarse el consentimiento informado junto a la hoja de información y observar que se cumplan los criterios de inclusión, se evaluó el patrón de consumo habitual de alcohol. Aquellas mujeres que presentaron algún consumo en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación fueron consideradas participantes del estudio.

Si las participantes cumplían los criterios de inclusión y se encontraban cursando hasta la semana 26 de gestación inclusive, eran asignadas aleatoriamente a una de dos condiciones posibles: (1) folleto informativo (consejo breve, CB) ó (2) intervención (intervención breve, IB). Si se cumplían los mismos criterios pero las participantes tenían más de 26 semanas de gestación la entrevista se daba por finalizada luego de la evaluación. En estos casos se entregaba un folleto con información de las consecuencias de la exposición prenatal al alcohol y se brindaba un consejo claro de abstinencia. Estas mujeres constituyeron el grupo CPH.

En caso de detectarse una participante con un puntaje de AUDIT desde que confirmó la gestación mayor a cuatro puntos, se brindó el claro consejo de abstinencia y se recomendó la derivación a atención especializada según procedimientos de la Secretaría de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón. Estas mujeres formaron parte del Estudio 3.

La asignación a los grupos CB e IB se realizó mediante un proceso de aleatorización: en cada centro se sorteó la condición inicial por única vez para la primera participante y se siguió un procedimiento de uno y uno. En caso de negación a

continuar participando se consideró el dato como perdido. Todas las participantes recibieron la recomendación de abstinencia. En el caso del CB se entregó únicamente un folleto con información sobre los riesgos de la exposición prenatal al alcohol, mientras que en el caso de la IB se realizó además la entrevista. Si una participante del grupo CB pedía mayor información, ésta era brindada y se realizaba una IB. En ese caso la aleatorización seguía desde esa última condición. En ningún caso se negó información a las participantes. Si una participante presentaba un bajo nivel de alfabetización el investigador leía los folletos completos.

Las participantes de los dos grupos y aquellas pertenecientes al Estudio 3 fueron re-contactadas y evaluadas telefónicamente a los tres meses subsiguientes al contacto inicial. Para lograr el contacto con la participante se intentó la comunicación telefónica cinco veces a lo largo de dos semanas. Para indagar el consumo post intervención se utilizaron nuevamente las preguntas de cantidad y frecuencia y se administró el AUDIT, todo adaptado a los últimos tres meses. Durante el re-test los evaluadores estaban ciegos a la condición inicial a fin de controlar sesgos de clasificación.

La decisión de dividir los grupos antes y después de las 26 semanas de gestación estuvo relacionada con que ésta es la última semana del sexto mes de embarazo. Pasada esa fecha las participantes no llegarían a ser re-contactadas para el re-test tres meses más tarde ya que habrían dado a luz. Además, debido a que todas las mujeres gestantes que se atienden en los CAPS son derivadas al HMI al octavo mes de embarazo, pero si alguna condición médica lo amerita esta derivación se hace durante el séptimo mes de gestación, el corte de la muestra en la semana 26 aseguraba que no se perdería del muestreo sistemático cualquier gestante que podría haber sido derivada al HMI durante el séptimo mes de gestación.

Todas las entrevistas fueron realizadas por seis profesionales del área de salud mental capacitados en evaluación e IB. La capacitación tuvo una duración aproximada de ocho horas teóricas y una semana de entrenamiento que consistió en el acompañamiento para realizar las entrevistas en los CAPS. Todas las actividades fueron supervisadas diariamente hasta la finalización de la toma de datos.

Estudio 2.

Se obtuvieron indicadores de salubridad de los neonatos a partir de los registros de nacimientos del HMI. Esto se hizo para los recién nacidos de las participantes de los grupos IB y CB que fueron re-contactadas, y para un tercer grupo de neonatos cuyas madres no recibieron ningún tipo de intervención, consejo o siquiera evaluación de consumo (CE). Los registros se concentraban en una base de datos que contenía la información de todos los nacimientos de los meses de enero, febrero y marzo de 2017. Para los grupos IB y CB se identificaron los indicadores de salud de los recién nacidos en base al DNI de la madre. Para el grupo CE se realizó una selección aleatoria de 150 casos en base a los registros del mes de marzo. De esta manera, cualquier mujer que hubiese participado en el CPH del Estudio 1 ya habría dado a luz y los datos obtenidos para este grupo cumplieron con el criterio de pertenecer a madres que no recibieron más intervención que la ofrecida regularmente por los servicios de atención primaria a la salud del Municipio de General Pueyrredón.

Todo el procedimiento y materiales del proyecto fueron evaluados y aprobados por el Comité de Docencia e Investigación de la Secretaría de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón y por el Comité de Bioética HIEMI-HIGA (Ver Figuras 6 y 7, Anexo 2).

Análisis de datos

De acuerdo a los objetivos se realizaron los siguientes análisis de datos;

Estudio 1.

Patrón de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y desde que se confirmó la gestación: se realizaron análisis descriptivos en función de la frecuencia, cantidad, tipo de bebida, CEEA y consumo de riesgo según el AUDIT en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y desde que se confirmó la gestación.

Eficacia de la IB en base al consumo de alcohol: para determinar si la IB reducía o no el puntaje de consumo de riesgo se realizaron regresiones logísticas multinomiales incluyendo la puntuación del AUDIT post intervención y el puntaje del AUDIT en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación, como variable de control. Se utilizó la condición de prueba (IB = 1/ CB = 2/ CPH = 3) como predictor.

Se realizaron además, regresiones logísticas binarias para determinar la eficacia de la IB con los resultados como variable de resultado (eficaz = 1 / ineficaz = 0), incluyendo la puntuación de AUDIT en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y la condición de prueba (IB = 3 / CB = 1 / CPH = 2) como predictores. Se admitió un resultado como eficaz cuando las puntuaciones de AUDIT fueron reducidas o cuando se mantuvo la abstinencia.

Además, debido a que en este tipo de estudios los cambios pueden no alcanzar la significación estadística pero ser clínicamente significativos, se estimaron la reducción absoluta del riesgo (RAR), la reducción del riesgo relativo (RRR) y el número necesario para tratar (NNT). Para realizar los análisis se calculó inicialmente el riesgo absoluto

(RA) entre las participantes de los grupos IB, CB y CPH. Para calcular el RA se tuvo en cuenta la cantidad de mujeres que presentaron consumo luego de confirmar la gestación post intervención en los casos de IB (R_{IB}) y CB (R_{CB}), y el consumo luego de confirmar la gestación en el caso de CPH (R_{CPH}), sobre el total de participantes de cada grupo.

La RAR es una medida útil para expresar la eficacia de una intervención y expresa la reducción del riesgo de que aparezca un evento en el grupo de participantes que la reciben (eg, cuánto reduce la IB el riesgo de que aparezca consumo gestacional), respecto de los participantes del grupo control (eg. CB o CPH). Para calcularla se resta el RA de cada grupo que se use como control al RA de la condición de intervención que se evalúa. En este trabajo se calculó entre IB y CB ($RAR_{IBvsCB} = RA_{CB} - RA_{IB}$), IB y CPH ($RAR_{IBvsCPH} = RA_{CPH} - RA_{IB}$), y CB y CPH ($RAR_{CB} = RA_{CPH} - RA_{CB}$).

La RRR consistió en establecer en qué proporción se redujo el riesgo de presentar consumo luego de confirmar la gestación en presencia de la IB con respecto al riesgo de quienes recibieron CB y el grupo CPH. También se estableció entre el CB en relación al grupo CPH. La RRR se calcula teniendo en cuenta la RAR sobre el RA del grupo control. Se calculó para la IB comparado con el grupo CB y CPH ($RRR_{IB} = RAR_{IBvsCPH}/RA_{CPH}$; $RRR_{IB} = RAR_{IBvsCB}/RA_{CB}$) y para el CB ($RRR_{CB} = RAR_{CBvsCPH}/RA_{CPH}$) comparado con el grupo CPH.

El NNT se define como el número de individuos que hay que tratar con determinada intervención para producir o evitar un evento, respecto a los que se producirían con la terapia estándar o un grupo control. El NNT permite conocer a cuántas gestantes tendríamos que aplicar IB o CB para evitar que *una* consuma luego de confirmar la gestación, en relación con las condiciones que se usen como control (CB o

CPH). Se calcula como $(1/RAR)*100$. Se calculó $NNT_{IB} = (1/ RAR_{IBvsCPH} = RA_{CPH} - RA_{IB})*100$ y $NNT_{CB} = (1/ RAR_{IBvsCPH} = RA_{CPH} - RA_{IB})*100$.

Factibilidad de la IB: se estimó la media en minutos

Aceptabilidad de la IB: se realizaron análisis descriptivos de las cuatro preguntas construidas ad hoc y de las respuestas sobre con quién habían hablado de los contenidos de la entrevista al momento del re test. Esto último se hizo tanto para el grupo IB como CB. Se estimó si había diferencia entre ambos grupos en relación a si habían hablado o compartido la información con otras personas y en base a las personas con quienes hablaron (médico, pareja, familia, amigos, otros), utilizando el estadístico Chi Cuadrado.

Para todos los análisis se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 17.

Estudio 2.

Eficacia de la IB en base a los indicadores de salubridad de los neonatos: se compararon los indicadores (peso al nacer en kilogramos, edad gestacional al nacer en semanas, y APGAR en un puntaje de 1 a 10) de los grupos IB, CB y CE entre sí utilizando la prueba de los rangos de Wilcoxon y el delta de Cliff como medida del tamaño del efecto. Para los análisis se utilizó el The R Project for Statistical Computing en su versión 3.4.1.

Estudio 3.

Patrón de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y desde que se confirmó la gestación: se realizaron análisis descriptivos en función de la frecuencia, cantidad, tipo de bebida, CEEA y puntaje

consumo de riesgo según el AUDIT para los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y desde que se confirmó la gestación.

Eficacia post evaluación y consejo: se realizaron análisis descriptivos teniendo en cuenta la variación del puntaje del AUDIT a los tres meses. Se admitió un resultado como eficaz cuando las puntuaciones de AUDIT fueron reducidas.

Resultados

Estudio 1.

Prevalencia de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón ($n= 639$).

Consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación.

En relación a la frecuencia de consumo, casi la mitad de las participantes ($n= 331$) consumió alcohol mensualmente o menos de una vez al mes. En cuanto a la cantidad de alcohol consumida regularmente, más de la mitad de las participantes ($n= 424$) indicó consumir entre una a dos unidades estándar (UE) (Tabla 2). El 40% (IC 95% [37-44]) de las entrevistadas participó en episodios de consumo excesivo episódico de alcohol (CEEA). Entre las mujeres que participaron de estos episodios, el 54% (IC 95% [48-60]) lo hizo menos de una vez al mes, el 26% (IC 95% [21-31]) mensualmente, el 17% (IC 95% [12-21]) semanalmente y un 3% (IC 95% [1-5]) diariamente (no se muestra en tablas).

El tipo de bebida preferido fue la cerveza (47%, IC 95% [43-51]), seguida por los tragos preparados (28%, IC 95% [24-32]) y el vino (19%, IC 95% [16-22]).

Un 10% de las participantes presentó indicadores de consumo de riesgo y un 2.5% indicadores de trastornos por uso de alcohol (TUA).

Consumo habitual de alcohol luego de confirmar la gestación.

El 76% (IC 95% [73-79]) de las participantes indicó no haber consumido alcohol luego de confirmar la gestación. Entre aquellas que si continuaron haciéndolo ($n = 152$), la mayoría consumió alcohol una vez al mes o menos. La media de la cantidad consumida, medida en unidades estándar, disminuyó en más de una unidad luego de confirmar la gestación, en comparación a antes de confirmar la gestación (Tabla 2).

En relación al CEEA, sólo el 1% de las entrevistadas indicó haberse involucrado en episodios de CEEA luego de conocer su estado gestacional.

Tabla 2.

Prevalencia de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (N= 639)

Variable	Últimos 12 meses antes de confirmar la gestación (n= 639)			Desde que se confirmó la gestación* (n= 152)		
	M	%	IC95%	M	%	IC95%
<i>Cantidad</i>	2.58		2.39-2.79	1.30*		1.21-1.39
1 o 2 UE		64	63-70		96*	92-97
3 o 4 UE		22	18-25		2*	1-7
5 o 6 UE		7	5-9		--	--
7 o más UE		4	3-6		--	--
<i>Frecuencia</i>						
1 vez al mes o menos		52	48-56		84*	77-89
2-4 veces al mes		43	40-47		16*	11-23
2-3 veces por semana		2	1-3		--	--
4 o más veces por semana		3	2-5		--	--
<i>CEEA</i>		40	37-44		1*	0-2
<i>Consumo de riesgo (AUDIT)</i>		10	8-13		--	--
<i>TUA (AUDIT)</i>		2.5	1-4		--	--

*Nota.**Sólo consumidoras desde que se confirmó la gestación, UE= unidad estándar = 11gr de alcohol absoluto; TUA= trastorno por uso de alcohol

Eficacia de la intervención breve (IB) en relación al consumo habitual de alcohol.

De acuerdo a análisis de regresión logística multinomial, a los tres meses la IB redujo en un 48% la probabilidad de presentar consumo de alcohol y consumo de riesgo luego de confirmar la gestación, medidos con el AUDIT, en relación al grupo CPH.

La entrega de un folleto informativo (CB), redujo la probabilidad de presentar consumo de alcohol y consumo de riesgo luego de confirmar la gestación, medidos con el AUDIT, en un 46% en relación al grupo CPH.

Entre la IB y el CB no se registraron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de presentar consumo de alcohol luego de confirmar la gestación (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Probabilidad de presentar consumo de alcohol y consumo de riesgo luego de confirmar la gestación, según AUDIT, a los tres meses de la entrevista, según grupo IB, CB o CPH en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (n= 423)

Variables	IB vs. CPH ^a			CB vs. CPH ^a			IB vs. CB ^b		
	<i>p</i>	OR	IC 95%	<i>p</i>	OR	IC 95%	<i>p</i>	OR	IC 95%
AUDIT	.001	.52	.39-.69	.001	.54	.41-.72	.77	.95	.66-1

Nota. IC = Intervalo de Confianza; AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación; IB= Intervención Breve, CB= Consejo Breve, CPH= Control Post Hoc

a. La categoría de referencia es: CPH.

b. La categoría de referencia es: CB.

Con respecto a la eficacia de la IB y el CB, a los tres meses, la IB resultó seis veces más eficaz ($p = .001$, OR = 6.36, [IC95% = 3 - 13]), y el CB cuatro veces más eficaz ($p = .001$, OR = 4.39, [IC95% = 2 - 8]) para reducir el consumo de alcohol luego de confirmar la gestación o mantener la abstinencia de alcohol, que la atención regular de los CAPS representada en el grupo CPH. Los análisis de regresión logística binaria no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos IB y CB (ver Tabla 4).

Un mayor consumo de alcohol antes de confirmar la gestación resultó predictor de una menor eficacia de las intervenciones ($p = .001$, OR = .92, [IC95% = .86 - .98]).

Tabla 4.

Eficacia de la IB en reducir o mantener la abstinencia de alcohol a los tres meses, en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (n=438)

Predictor	<i>p</i>	OR	IC 95%
CB ^a	.38	.69	.30 - 1.59
CPH ^a	.001	.16	.07 - .32

Nota. IC = Intervalo de Confianza; AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación; IB= Intervención Breve, CB= Consejo Breve, CPH= Control Post Hoc

^a La categoría de referencia es: IB

Análisis de significancia clínica de la IB en relación al consumo de alcohol.

Para realizar los análisis de significancia clínica se estimó inicialmente el riesgo absoluto (RA) para cada grupo. Para quienes recibieron la IB, el RA fue del 8% (IC95% [4-13]), para el grupo CB del 12% (IC95% [6-17]) y para el grupo CPH del 33% (IC95% [28-43]).

Los resultados de la reducción absoluta del riesgo (RAR), reducción relativa del riesgo (RRR) y del número necesario a tratar (NNT) se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.

Reducción absoluta del riesgo (RAR), reducción relativa del riesgo (RRR) y número necesario a tratar (NT) para reducir el consumo o mantener la abstinencia de alcohol según grupo IB, CB o CPH en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (n= 423)

	IB vs CB		IB vs CPH		CB vs CPH	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
RAR	4	-.3 - 11	25	17 - 34	21	12 - 31
RRR	33	-4 - 68	76	57 - 87	65	40 - 79
NT	25	9 - -31	4	3-5	5	3 - 8

Nota. IB = intervención breve, CB= consejo breve, CPH= control post hoc, IC= intervalo de confianza

Factibilidad de la IB.

El tiempo de ejecución de la IB fue estimado en 30 entrevistas. La media de minutos desde el inicio hasta la finalización fue de 10.67 min, con un máximo de 20 min y un mínimo de 5 min.

Aceptabilidad de la IB.

De las 251 mujeres que recibieron IB, 223 contestaron las preguntas de aceptabilidad. El 99% (IC95% [98 - 100]) consideró que las preguntas del cuestionario fueron fáciles de responder. El 82% (IC95% [77 - 87]) que aprendió algo nuevo. El 90% (IC95% [85 - 94]) que le contaría lo que aprendió o hablaría de la temática de la

entrevista con otros y el 75% (IC95% [69 - 80]) que hablaría con su médico sobre lo aprendido o sobre la temática de la entrevista.

Como la condición experimental era ciega para el entrevistador durante el re-test, todas las mujeres que fueron re contactadas, tanto del grupo IB ($n = 141$) como CB ($n = 129$) informaron con quien habían hablado de los contenidos de la entrevista. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación a si compartieron o no la información con otras personas ($X^2 = 8.6$, $gl = 1$, $p = .003$) y con su pareja ($X^2 = 4$, $gl = 1$, $p = .044$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las categorías médico, familia y amigos entre los grupos IB y CB ($p > .05$). En la Tabla 6 se presentan los porcentajes dentro de cada grupo de intervención de personas con quienes compartieron los contenidos de la entrevistas.

Tabla 6.

Grupos de personas con quienes compartieron los contenidos de la entrevista a los tres meses, según grupo de intervención en mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (n = 270)

	IB		CB	
	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%
	%		%	
Médico	11	6-15	9	5-15
Pareja	30	21-37	19	12-26
Familia	48	41-57	38	29-47
Amigos	16	10-22	17	11-24
Ninguno	18	12-25	34	26-43

Nota. IB = intervención breve; CB= consejo breve; IC= intervalo de confianza

Estudio 2.

Eficacia de la IB en relación a los indicadores de salubridad de los recién nacidos

Se registraron diferencias estadísticamente significativas en relación al peso al nacer y la edad gestacional al nacer entre los grupos IB y CB comparados con el control externo (CE). No se encontraron diferencias en los valores del puntaje APGAR (Ver Tabla 7).

No se registraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres indicadores (peso al nacer, APGAR y edad gestacional al nacer) entre los recién nacidos de las mujeres de los grupos IB y CB.

El tamaño del efecto de las diferencias encontradas fue modesto.

Tabla 7.

Comparación de los indicadores de salubridad de los recién nacidos en relación a los grupos IB, CB y CE, en mujeres puérperas del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (n =295)

Grupos	VARIABLES	W	delta de Cliff
IB vs CB			
	Peso al nacer	2606	--
	APGAR	2531	--
	Edad Gestacional al nacer	2510	--
IB vs CE			
	Peso al nacer	6917**	.20
	APGAR	5587.5	--
	Edad Gestacional al nacer	7160***	.24
CB vs CE			
	Peso al nacer	6072**	.19
	APGAR	5102.5	--
	Edad Gestacional al nacer	6488.5***	.27

Nota. IB = intervención breve; CB= consejo breve; CE= control externo; * $p < .05$ ** $p < .01$ ***

Estudio 3.

Patrón de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y desde que se confirmó la gestación, en mujeres gestantes con indicadores de TUA del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (N= 23)

En cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol, la mitad de las participantes indicó consumir de dos a cuatro veces al mes en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación. Con respecto a la cantidad de alcohol consumido, el 35% indicó consumir regularmente 7 UE o más por ocasión. Sólo el 9% (IC 95% [0-21]) no presentó episodios de CEEA (Tabla 8).

El tipo de bebida preferido por las mujeres con indicadores de TUA fue la cerveza (52%, IC 95% [39-70]), seguida por los tragos preparados (35%, IC 95% [17-56]) y el vino (13%, IC 95% [0-26]).

Todas las participantes consumieron alcohol luego de confirmar la gestación. En cuanto a la frecuencia y cantidad de alcohol consumida en esta etapa, la mayoría indicó hacerlo de dos a cuatro veces al mes y consumir entre 1 a 4 UE. En relación al CEEA, el 65% indicó haber presentado episodios de CEEA luego de conocer su estado gestacional (Tabla 8).

Tabla 8.

Prevalencia de consumo regular de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, en mujeres gestantes con indicadores de TUA del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (N= 23).

Variable	Últimos 12 meses antes de confirmar la gestación			Luego de confirmar la gestación		
	<i>M</i>	%	IC95%	<i>M</i>	%	IC95%
<i>Cantidad</i>	6.13		4.26-8.26	3.35		2.35-4.48
1 o 2 UE		26	9-44	43		22-65
3 o 4 UE		26	9-44	39		22-61
5 o 6 UE		13	0-26	9		0-22
7 o más UE		35	17-56	9		0-22
<i>Frecuencia</i>						
1 vez al mes o menos		22	4-39	35		17-52
2-4 veces al mes		52	30-70	39		17-56
2-3 veces por semana		4	0-13	4		0-13
4 o más veces por semana		22	9-43	22		4-39
<i>CEEA</i>						
Nunca		9	0-22	35		17-52
1 vez al mes o menos		30	13-48	35		17-52
Mensualmente		22	9-43	9		0-22
Semanalmente		30	13-48	17		4-35
Diariamente		9	0-26	4		0-13

Nota. TUA= Trastorno por uso de Alcohol; UE= unidad estándar = 11gr de alcohol absoluto.

Eficacia post evaluación y consejo en mujeres gestantes con indicadores de TUA del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (N= 23).

De todas las mujeres que fueron re-contactadas a los tres meses ($n = 10$) una participante aumentó su puntaje del AUDIT y el resto lo disminuyó. Quien aumentó su puntaje lo hizo por la cantidad de UE consumidas por ocasión (de 1 UE a 3 UE), aunque disminuyó la cantidad de episodios de CEEA.

De las nueve participantes que disminuyeron su puntaje del AUDIT, siete bajaron su consumo hasta la abstinencia. De las dos restantes, una disminuyó la cantidad y mantuvo la frecuencia en menos de una vez al mes (pasó de consumir 6 UE a 2 UE por ocasión) y la otra se mantuvo tomando 1 UE por ocasión de dos a cuatro veces al mes pero no presentó más episodios de CEEA (Tabla 9).

Tabla 9.

Puntajes del AUDIT en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación, luego de confirmar la gestación y luego de recibir el consejo de abstinencia y derivación asistida en mujeres gestantes con indicadores de TUA del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (N= 23).

AUDIT	Últimos 12 meses antes de confirmar la gestación			Desde que se confirmó la gestación			Luego del consejo de abstinencia	
	<i>M</i>	%	IC95%	<i>M</i>	%	IC95%	<i>M</i>	IC 95%
<i>Total</i>	10 (DE=7)			6 (DE=1)			1 (DE=2)	

En todos los casos las participantes manifestaron que las preguntas del cuestionario les resultaron fáciles de responder. El 89% indicó que aprendió algo nuevo y que hablaría sobre lo que aprendió con otros. El 78% indicó que hablaría con su médico sobre el contenido de la entrevista.

Ocho mujeres compartieron los contenidos de la entrevista: dos lo hicieron con su pareja, cinco con su familia y una con sus amigos.

Discusión

Prevenir la exposición prenatal al alcohol supone un importante desafío para la salud pública en todo el mundo (WHO, 2014). El uso de alcohol durante la gestación puede derivar en una serie de consecuencias detrimenales, tanto para la gestante (e.g. lesiones (WHO, 2014b), déficit nutricionales (May et al., 2014), depresión (Marcus, 2009), entre otros), como para el feto (e.g. aborto espontáneo, muerte fetal, bajo peso al nacer, defectos congénitos y trastornos del espectro alcohólico fetal), que son 100% prevenibles si no se consume ninguna dosis de alcohol en esta etapa (López & Filipetti, 2014). Este desafío es aún mayor en países de medianos y bajos ingresos económicos, donde la falta de lineamientos específicos y basados en evidencia científica por parte de los gobiernos dificulta la detección, prevención y abordaje del consumo de alcohol en mujeres gestantes y/o en edad reproductiva (OMS, 2014). En Argentina en particular, la prevalencia de consumo de alcohol entre mujeres jóvenes y gestantes es más elevada que en otros países del mismo nivel socio económico (López et al., 2015) por lo que la prevención se vuelve fundamental. La intervención breve (IB) ha demostrado ser un recurso costo efectivo para reducir el consumo de alcohol durante la gestación en determinados contextos y es recomendada por la OMS (WHO, 2014) a pesar de reconocerse la necesidad de ampliar la evidencia, mejorar la calidad de la existente y desarrollar adaptaciones culturales en países de medianos y bajos ingresos. A la fecha, la evidencia se encuentra limitada mayoritariamente a países de altos ingresos con prácticas de consumo muy diferentes a las de Argentina y Latinoamérica (Lichtenberger et al., 2016). Además algunos experimentos han presentado deficiencias metodológicas que dificultan la correcta interpretación de los resultados. En muchos estudios los participantes de los grupos control disminuyen su consumo de alcohol (probablemente por sesgo de instrumentación como reactividad a la evaluación o por regresión a la

media), dando lugar a evidencias contradictorias y a que se cuestionen por falta de medidas objetivas. También es necesario el desarrollo de nuevos estudios sobre la eficiencia, aceptabilidad y factibilidad de la IB para comprender cómo podría implementarse exitosamente este dispositivo en contextos naturales. Por último, la subpoblación de pacientes con TUA suele ser excluida de los experimentos y la evidencia sobre si la IB podría ser útil con estos pacientes es nula para gestantes y muy escasa entre la población general. Frente a este escenario se desarrolló este trabajo, con el objetivo de determinar la eficacia, factibilidad y aceptabilidad cultural de la Intervención Breve (IB) para promover la abstinencia de alcohol durante la gestación.

Prevalencia de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación

Uno de los objetivos específicos de este estudio fue caracterizar la prevalencia de consumo habitual de alcohol de las mujeres gestantes del Municipio de General Pueyrredón (MGP), Argentina, en función de la frecuencia y cantidad de alcohol consumido y CEEA, en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación.

Se detectaron mujeres con indicadores de consumo de riesgo y de trastornos por uso de alcohol (TUA) antes de confirmar su gestación que, aunque deberían haber estado recibiendo tratamiento especializado para disminuir su consumo en su vida cotidiana y lograr abstenerse durante la gestación, no habían sido detectadas por el sistema de salud. En Argentina no existe un protocolo estandarizado para indagar sobre el consumo de alcohol en las consultas médicas generales y solo un 10% de las mujeres gestantes recibe un consejo claro de abstinencia. Al resto, o no se le pregunta por su

consumo de alcohol o se le indica que consumir en cantidades moderadas sería aceptable (López, 2013).

Los resultados de prevalencia de este estudio coinciden con la tendencia en aumento del consumo de alcohol entre las mujeres (Obot & Room, 2005). El consumo promedio por ocasión antes de confirmar la gestación fue notablemente mayor que el reportado para mujeres argentinas en el año 2014 (WHO, 2014). La prevalencia de CEEA triplica el encontrado en otros estudios de hace más de 10 años en el país (Munné, 2005), y supera al encontrado en la provincia de Santa Fe en el año 2013 (López et al., 2015). Esto podría deberse a que la mayor parte de las mujeres entrevistadas en esta investigación eran muy jóvenes, entre quienes la prevalencia de CEEA es mayor (Observatorio Argentino de Drogas, 2014; Ministerio de salud de la Nación, 2005), posiblemente por factores culturales que se desarrollarán más adelante.

El tipo de bebida preferido fue la cerveza, seguida por los tragos preparados. Este resultado coincide con los reportados por el Ministerio de Salud de la Nación para todos los jóvenes argentinos (Ministerio de Salud de Argentina, 2011). El tipo de bebida preferido varía en cada país de acuerdo a los hábitos culturales y a los esfuerzos de marketing (publicidad y campañas de responsabilidad social empresaria (RSE)) de la industria del alcohol (Bendtsen et al., 2014; OPS, 2015; Pantani & Pinsky, 2017; Smith & Foxcroft, 2009). En Argentina en particular, el consumo de cerveza está instalado entre los jóvenes como parte natural e inevitable de la socialización (Miguez, 2010), enmarcado en un país donde existe una decisión política para promover la producción y consumo de bebidas alcohólicas (Ley 26.870, Vino bebida nacional, 2013; Programa de Promoción de Producción de Cerveza Artesanal, 2018). Además, las campañas de marketing de la industria cervecera son realizadas por grandes corporaciones multinacionales (e.g. InBev y CICSA, que comercializan famosas marcas como

Quilmes o Heineken), que controlan casi todo el mercado e invierten millones de dólares en captar nuevos mercados, como el público femenino y los más jóvenes (Duffy, 2015). A la fecha, ya existen en la región campañas publicitarias de *cervezas sin alcohol* (Nova Schin, Brasil), dirigidas exclusivamente para embarazadas, que podrían extenderse al país en un corto o mediano plazo ya que no existen regulaciones gubernamentales que lo impidan.

Con respecto a la prevalencia de consumo de alcohol luego de confirmar la gestación, los resultados de este estudio duplicaron los de un reciente estudio internacional donde se estimó el consumo de alcohol durante la gestación en todos los países de América Latina (Lange et al., 2017). De hecho, fue más alta que la prevista o reportada para la mayoría de los países de América Latina (Lange et al., 2017). Como se mencionó anteriormente, este elevado nivel de consumo de alcohol se enmarca en un contexto de una cultura con gran aceptación del consumo, aún entre los jóvenes (Miguez, 2010), y donde se favorece y promociona por parte de los gobiernos la producción y venta de bebidas alcohólicas, especialmente de la cerveza y el vino.

A pesar de lo anterior, la prevalencia de consumo de alcohol luego de confirmar la gestación encontrada en este trabajo fue notablemente menor que la reportada en otro estudio realizado en Argentina (en la Pcia. de Santa Fe) con mujeres púerperas en el año 2013 (López et al., 2015). En dicho trabajo, la prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación alcanzó al 75% de las mujeres, con un 15% de CEEA, habiendo consumido, la mayoría, durante la última semana y el último mes de gestación (López et al., 2015). La diferencia en los resultados entre ambos estudios podría explicarse, en parte, por la etapa de la gestación en el que se realizaron las entrevistas (puerperio vs. 19 semanas promedio). Ninguna participante de este estudio se encontraba cursando el último trimestre de embarazo. Todas cursaban etapas tempranas de la gestación, siendo

la media de semanas, aproximadamente, la mitad de una gestación completa (que se estima de 36 a 42 semanas desde la última fecha de menstruación). Durante el primer trimestre de embarazo, las mujeres suelen presentar la mayor cantidad de síntomas relacionados con trastornos gastrointestinales (Broussard & Richter, 1998). Por lo tanto, podrían estar evitando el consumo de alcohol para evitar dichos síntomas y no como medida de prevención.

En estudios futuros sería interesante evaluar la prevalencia de consumo de alcohol luego de confirmar la gestación en relación a características sociodemográficas y de salud reproductiva (e.g. cantidad de hijos y embarazos anteriores); explorar la relación entre los patrones de consumo de alcohol antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación; indagar el consumo de alcohol de las parejas de quienes están gestando y su relación con el consumo de las mujeres luego de confirmar la gestación; y por último conocer factores asociados al consumo de alcohol como podrían ser las normas sociales descriptivas y prescriptivas en relación al consumo de alcohol durante la gestación. También sería fundamental determinar la prevalencia de Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) en la Región, trastornos que hasta donde conocemos se encuentran sub-diagnosticados al ser prácticamente desconocidos por los profesionales de salud en Argentina (Evrard, 2010).

Eficacia de la IB para reducir el consumo de riesgo o mantener la abstinencia de alcohol durante la gestación

El objetivo principal de este trabajo fue determinar la eficacia de la IB para promover la abstinencia de alcohol durante la gestación, o mantenerla en caso de que la gestante no se encontrara consumiendo al momento de la entrevista. Para ello se

evaluaron, como medidas de resultado, el consumo de alcohol tres meses más tarde a la entrevista inicial, e indicadores de salubridad de los recién nacidos relacionados con la exposición prenatal al alcohol (peso y edad gestacional al nacer y puntaje APGAR). En todos los casos se utilizaron tres grupos para evitar el sesgo en los resultados por reactividad a la evaluación sobre el consumo de alcohol

Los resultados indican que tanto la IB como el CB resultaron eficaces para disminuir el consumo de riesgo y promover la abstinencia de alcohol en comparación con la atención regular de los CAPS del Municipio de General Pueyrredón. Esta disminución del consumo de alcohol en magnitudes similares, tanto en el grupo control como experimental, ha sido encontrada también en otros estudios realizados con gestantes en países con altos ingresos económicos (Chang et al., 2005; Handmaker, Miller, & Manicke, 1999; Marais et al., 2011; O'Connor & Whaley, 2007; Osterman & Dyhouse, 2012; Sheenan, Gill, & Kelly, 2014) y en el único estudio realizado sobre IB en gestantes en Latinoamérica (Aliane, 2012). La disminución en el consumo en ambos grupos suele ser explicada por el hecho de que simplemente preguntar sobre el consumo de alcohol resultaría en un cambio de comportamiento (Goler et al., 2008; Klesges et al., 2001; Nilsen, 2009), muchas veces por el solo hecho de saber que se está siendo monitoreado, lo que se conoce como efecto Hawthorne (Adair, 1984). También se ha hipotetizado que la evaluación aumentaría el nivel de conciencia sobre los riesgos que supone consumir alcohol, lo que colaboraría en un cambio de comportamiento y más aún si se indaga detalladamente y de manera empática (Delrahim-Howlett, 2011). Además, muchas veces si la evaluación es realizada con instrumentos muy completos como el AUDIT, puede ser considerada una intervención en sí misma, (Nilsen Kaner, & Babor, 2008). Por último debe considerarse que con mujeres gestantes en particular y tal como ocurrió en este estudio, quienes participan del grupo control suelen recibir un

mensaje de abstinencia, que también puede ser considerado una intervención. Así, los resultados de eficacia de la IB podrían variar de acuerdo a cuánta información reciban las participantes del grupo control.

Para evitar los sesgos de instrumentación, el uso de grupos control donde no se realice ninguna intervención o evaluación ha sido recomendado en distintas revisiones de IB (Nilsen et al., 2008). Hasta donde tenemos conocimiento, con mujeres gestantes este es el primer estudio donde se compararon los resultados de los grupos IB y CB con un tercer grupo control que no fue intervenido. Los resultados demostraron que tanto las reducciones en el consumo de alcohol, la tasa de mantención de abstinencia y los indicadores de salubridad de los recién nacidos fueron significativamente mayores entre quienes recibieron IB y CB en relación a este tercer grupo control. Podría hipotetizarse que en nuestro contexto particular, muchas mujeres gestantes estarían consumiendo alcohol por falta de información básica sobre los riesgos que ello implica (como se mencionó anteriormente, solo un 10% de las mujeres que recibieron atención prenatal habrían recibido un consejo claro de abstinencia de alcohol durante la gestación (López, 2013). En estos casos, una evaluación exhaustiva sobre el consumo y la entrega de folleto informativo, con un consejo claro de abstinencia, sería suficiente para motivar el cambio comportamental y cesar el consumo de alcohol.

Para complementar las pruebas de hipótesis, en este estudio se condujeron análisis de significancia clínica como una estrategia adicional de interpretación de los resultados. Si bien los resultados que comparan el grupo IB y CB entre sí no son concluyentes puesto que los intervalos de confianza a 95% incluyen el valor nulo, la tendencia indica que la IB reduciría aún más el riesgo de presentar exposición prenatal al alcohol. Además el número necesario de pacientes a tratar para que se beneficien del dispositivo es menor en la IB que en el CB. A la fecha, ningún estudio habría realizado

análisis de significancia clínica para evaluar la IB en relación al consumo de alcohol y mayores investigaciones serían recomendables en esta área para complementar las inferencias estadísticas. Sin embargo, sí se ha registrado una mayor reducción en el número de tragos y en la cantidad de episodios de CEEA del grupo IB comparado con un grupo control en otros estudios de diversos contextos. Sin embargo dichos estudios divergen de este trabajo en relación al dispositivo de implementación de la IB (cara a cara vs. vía web o teléfono), la medida de resultado (cantidad de tragos vs. cantidad y frecuencia vs. puntaje de algún test como el AUDIT o el T-ACE), la cantidad de sesiones (una vs. varias, con vs. sin refuerzos telefónicos), la duración de las sesiones (cinco minutos vs. una hora), y aspectos sociodemográficos y de selección de la muestra (gestantes y mujeres en edad reproductiva) (Gebara et al., 2013).

Por último, la evidencia contradictoria de muchos estudios de IB ha llevado a los expertos a puntualizar la necesidad de contar con medidas objetivas de resultado para evaluar la eficacia de la IB (Glass et al., 2017). En este trabajo se evaluaron tres indicadores de salubridad de recién nacidos cuyas madres participaron de los grupos IB y CB y recién nacidos de madres que no participaron del estudio (CE). El peso y la edad gestacional al nacer fueron significativamente mayores entre aquellos recién nacidos cuyas madres recibieron alguna intervención, a pesar de que la media de semanas gestacional era de 19, por lo que estas mujeres ya habían cursado media gestación sin recibir prevención sobre los daños de la exposición prenatal al alcohol. Si bien recomendadas, muy pocos estudios con mujeres gestantes han utilizado medidas de resultado además del auto-reporte de la cantidad de alcohol consumida post IB. Tres de los cuatro estudios que evaluaron indicadores de salubridad encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al peso al nacer (Armstrong et al., 2009; O'Connor et al., 2007; Tzilos et al., 2011) y en la edad gestacional al nacer (Armstrong

et al., 2009) de los recién nacidos cuyas madres recibieron IB, en comparación con los recién nacidos cuyas las madres participaron de los grupos control.

En conclusión, si bien muchos estudios encontraron reducciones en la cantidad y frecuencia de alcohol consumida tanto en el grupo de intervención como control (algunos con diferencias estadísticamente significativas entre ellos), ningún estudio comparó ambos grupos con un tercer control retrospectivo, como se hizo en este trabajo, que permitiera ponderar con indicadores objetivos la eficacia/efectividad de la IB para promover la abstinencia. Podemos concluir en base a nuestros resultados, que en la población de mujeres gestantes del MGP, cualquier acción, ya sea en forma de CB o de IB, es eficiente y por lo tanto mejor que no hacerla y que un mayor número de pacientes se beneficiaría en el caso de la IB.

En función de los resultados anteriormente descriptos, nuevas investigaciones serían recomendadas. Ante todo sería importante desarrollar estudios que permitan evaluar la eficacia de la IB a largo plazo, tanto evaluando el consumo de alcohol de la madre como el desarrollo físico, neurológico y cognitivo de los niños teniendo en consideración los aspectos más comprometidos en los TEAF.

Además, debido a que muchas mujeres se enteran de su gestación en estadios avanzados del mismo, (Floyd et al., 2007) sería interesante evaluar la eficacia de la IB en mujeres de edad reproductiva, especialmente las adolescentes. Esto posibilitaría prevenir los daños de consumir alcohol durante los primeros meses de la gestación y las prácticas de consumo de alto riesgo, como es el CEEA, que se asocia a embarazos no planificados (Naimi, Lipscomb, Brewer, & Gilbert, 2003) e incrementa el riesgo para el feto de sufrir las consecuencias más severas de la exposición prenatal al alcohol (eg. Síndrome Alcohólico Fetal) (Strandberg-Larsen et al., 2008). En Argentina muchos

embarazos son no planificados y de adolescentes (Karolinski et al., 2013), población que presenta mayor cantidad de episodios de CEEA, demora más en conocer su estado gestacional (Lasa, Lozano, Arévalo, & Aparicio, 2001) y presenta embarazos más complicados con mayores riesgos para los recién nacidos (Ganchimeg et al., 2014). Los estudios en esta población de alto riesgo deberían reforzarse y profundizarse.

Por último sería interesante realizar nuevos estudios que permitan profundizar en el conocimiento de los ingredientes activos de la IB para conocer exactamente cómo y cuánto hace falta para motivar a una paciente a realizar un cambio. También sería importante desarrollar nuevos estudios que permitan ponderar la efectividad y eficiencia de la IB entre gestantes del MGP y evaluar la eficacia con gestantes del ámbito privado, donde podría haber un mayor nivel educacional y por lo tanto más información sobre los riesgos de la exposición prenatal al alcohol.

Factibilidad y aceptabilidad de la Intervención Breve

Como parte del objetivo principal de este estudio se evaluó la factibilidad de implementación de la IB en los CAPS del MGP y la aceptabilidad del dispositivo por parte de las mujeres gestantes que recibieron la entrevista.

El tiempo de implementación de la IB fue de aproximadamente 10 minutos. En Argentina el tiempo promedio de consulta médica es de 10 a 15 minutos (Outomuro & Actis, 2013), por lo que plantear una IB de 10 minutos implicaría duplicar el tiempo de consulta. Aunque hasta donde se conoce todos los estudios de factibilidad provienen de países desarrollados, el tiempo necesario para la ejecución ha sido puntualizado como una de las principales barreras para implementar la IB en los servicios de salud. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que un escaso tiempo de consulta puede resultar en una

historia clínica deficitaria y un deterioro de la relación médico-paciente (Outomuro & Actis, 2013), aspectos que entre pacientes obstétricas podrían ser fundamentales. En contraposición, el incremento del tiempo de consulta ha demostrado resultar en beneficios tanto para el profesional como para quienes consultan (Wilson, McDonald, Hayes, & Cooney, 1992).

Además del tiempo necesario para su ejecución, implementar la IB en los servicios de salud presenta otra serie de retos como los costos económicos del entrenamiento de los profesionales de salud, las horas extras de los mismos (Aalto, Pekuri, & Seppa, 2003; Beich, Gannik, & Malterud, 2002; Yarnall, Pollak, Ostbye, Krause, & Michener, 2003) y la disponibilidad del espacio físico requerido para realizar la IB en intimidad (Glass et al., 2017). Si bien esto podría suponer un reto aún mayor en países como Argentina, sería interesante realizar nuevas investigaciones para conocer las limitaciones, tanto percibidas por los profesionales de salud y gestores de los servicios de salud, como objetivas, de cada contexto particular y los costos económicos relacionados a las consecuencias de la exposición prenatal al alcohol. En países como Canadá, donde la prevalencia de consumo de alcohol durante la gestación es significativamente menor a la de países latinoamericanos, y donde se reconoce que los TEAF están sub-diagnosticados, estimándose sus costos para el sistema público de salud en 6.5 millones de dólares anuales (Popova, Lange, Burd, & Rhem, 2012).

Con respecto a los resultados de aceptabilidad de la IB, casi la totalidad de las participantes consideró que el cuestionario había sido fácil de responder, que había aprendido algo nuevo y que compartiría la información con otros. Aunque escasos y, hasta donde conocemos en población de gestantes, sólo a través de medios computarizados (Pollick et al., 2015; Nayak et al., 2014; Wernette, Plegue, Kalher, Sen, & Zlotnick, 2018), los estudios que han evaluado la aceptabilidad de la IB han

encontrado resultados satisfactorios tanto con pacientes en salas de emergencias (Hungerford, Pollock, & Todd, 2008), estudiantes universitarios (Kypri, Saunders, & Gallagher, 2003) y jóvenes en su área de trabajo (Stead et al., 2017), entre otros. Por lo tanto la IB puede considerarse un dispositivo bien aceptado por parte de los usuarios que lo reciben. En el futuro sería importante evaluar la aceptabilidad de la IB por parte de los profesionales de salud y si la información transmitida a otras personas por parte de las otras gestantes es eficaz entre aquellos que la reciben. Eso podría ayudar a dimensionar el impacto de la IB en el contexto del usuario receptor, especialmente importante cuando se trata de la pareja y los grupos de pares. El consumo de la pareja se ha encontrado asociado al consumo durante la gestación, sobre todo entre aquellas mujeres que consumen mayores cantidades de alcohol en esta etapa (López et al., 2015) y se conoce que hay una relación entre la información que se posee al respecto del consumo durante la gestación, la actitud frente al mismo y el comportamiento (López, 2013), por lo tanto la IB podría servir como fuente de información para el contexto cercano de quien la reciba.

Patrón de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmar la gestación, y eficacia post evaluación, consejo y derivación a tratamiento especializado en mujeres gestantes con indicadores de TUA

El último objetivo específico de este trabajo fue caracterizar el patrón de consumo habitual de alcohol en los últimos 12 meses antes y luego de confirmar la gestación en mujeres gestantes con indicadores de TUA. Además, describir el

desempeño de la evaluación sobre consumo de alcohol, el consejo claro de abstinencia y derivación asistida a tratamiento especializado a los tres meses.

En todos los casos se encontró un alto consumo de alcohol antes y luego de confirmar la gestación, tanto en la frecuencia como en la cantidad de alcohol consumida, así como en la cantidad de episodios de CEEA. A pesar de ello, ninguna de estas participantes (que cursaban en promedio la mitad de su gestación), había sido evaluada por su consumo de alcohol al momento de la entrevista. Este resultado es coherente con el hallado en otras investigaciones donde se reconoce que el diagnóstico de TUA en los servicios de atención primaria no suele ser reconocido y que sólo una entre diez personas que lo presentan recibe ayuda especializada (Grant et al., 2015).

A pesar de las limitaciones por el reducido tamaño de la muestra, los resultados de este trabajo permiten afirmar que las pacientes con indicadores de TUA durante la gestación se beneficiarían de un dispositivo de evaluación del consumo de alcohol, una intervención que promueva la abstinencia y derivación a tratamiento especializado. En este estudio, el puntaje promedio del AUDIT en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación y luego de confirmarla era muy alto, siendo la disminución luego de la intervención muy significativa. Menos un caso, la totalidad de las participantes dejó de presentar indicadores de dependencia y episodios de CEEA, alcanzando en algunos casos la abstinencia y manifestó una alta aceptabilidad al dispositivo.

La necesidad de contar con dispositivos eficaces que intervengan en la población de pacientes con TUA, tanto para su diagnóstico como tratamiento, viene siendo reconocida entre los expertos durante los últimos años (Glass et al., 2017). Hasta donde sabemos este es el primer estudio que ha evaluado los efectos de la evaluación, consejo de abstinencia y derivación asistida en población de mujeres gestantes a nivel global.

Los estudios que han evaluado los efectos de una IB o un CB en pacientes con indicadores de TUA son muy escasos en general e inexistentes en el contexto latinoamericano, probablemente porque presentar indicadores de TUA suele ser un criterio de exclusión de las muestras en los estudios de IB por el hecho de que la IB no fue diseñada para trabajar con esta población (aunque sí para motivar la búsqueda a tratamiento especializado). Sin embargo, existe alguna evidencia que sugiere que la IB puede ser tan efectiva para las pacientes con TUA como para el consumo de riesgo (Field & Caetano, 2010; Guth et al., 2008). Resultados preliminares de un proyecto norteamericano que busca intervenir en pacientes con TUA en entornos médicos halló, en concordancia con los resultados de este trabajo, que muchos pacientes durante el proceso de reclutamiento y evaluación del consumo de alcohol habían disminuido el mismo, incluso hasta la abstinencia (Glass et al., 2017). Se ha hipotetizado que en pacientes con TUA la IB podría funcionar como catalizador para motivar el cambio de comportamiento, junto con otras experiencias de los pacientes por fuera del sistema de salud. Entre mujeres gestantes, el deseo de tener un bebé sano (Nilsen, 2009) podría ser un motivador adicional para disminuir el consumo de alcohol, pero más investigación es necesaria para comprender qué mecanismos podrían incidir entre pacientes con TUA en general y con gestantes en particular, para promover un cambio de conducta (eg. el estudio de ingredientes activos de la IB como la disposición al cambio del paciente).

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio debe tenerse en cuenta que el muestreo no incluyó a las mujeres abstemias, a las mujeres en tratamiento por uso de sustancias psicoactivas, ni aquellas mujeres con indicadores de TUA luego de confirmar la gestación, por lo que los resultados de prevalencia son representativos de las mujeres gestantes que han consumido alcohol en los últimos 12 meses antes de confirmar la gestación.

Si bien la muestra se presume como representativa de las mujeres gestantes concurrentes a los CAPS del Municipio de General Pueyrredón, podría no serlo de otros contextos. Por lo tanto, y considerando que los factores socio-económicos y culturales intervienen en las prácticas de consumo de alcohol, los resultados no deberían ser generalizados sin tener en cuenta esta limitación.

Otra limitación es que los resultados de factibilidad están estimados sobre un número de entrevistas muy reducido.

A pesar de lo anterior, en este estudio se ha presentado por primera vez información sustancial sobre las prácticas de consumo de alcohol en la población de mujeres gestantes de MGP. Además los resultados presentan un importante aporte teórico para la evidencia de eficacia, aceptabilidad y factibilidad de la IB, tanto por el contexto donde se ha desarrollado la investigación como por el tipo de diseño y medidas de resultado seleccionadas. En el campo de las investigaciones de la IB existe una reconocida necesidad de ampliar la evidencia en la población de mujeres en general, mujeres gestantes en particular y en países de menor desarrollo económico. También se recomienda la utilización nuevos grupos control y medidas de resultado objetivas, como los que fueron utilizados en este trabajo, que permitan comprender el funcionamiento de

la evaluación sobre consumo de alcohol y el alcance de los resultados de la IB. Existe también necesidad de conocer cuáles son las fortalezas y debilidades que presenta la IB para ser implementada en contextos naturales. Si bien este estudio fue desarrollado por investigadores del área de consumo de alcohol y por profesionales de salud de los CAPS, aporta evidencia sobre la aceptabilidad de la IB por parte de las usuarias del sistema público de salud de MGP y sobre la factibilidad para aplicarlo en dicho sistema.

Por último, a pesar del reducido tamaño de la muestra, este trabajo aporta información preliminar sobre el efecto de la IB en mujeres gestantes con TUA, inexistente hasta la fecha en todo el mundo.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se han respondido todos los objetivos de investigación planteados para esta tesis. La conclusión general es que en la población de mujeres gestantes del MGP, cualquier acción, ya sea en forma de CB o de IB, es eficaz para reducir el consumo de alcohol, alcanzar la abstinencia o mantenerla y para reducir los riesgos de padecer algunas de las consecuencias de la exposición prenatal al alcohol. Sin embargo, teniendo en cuenta los análisis de significancia clínica, lo más eficaz sería promover la implementación de la IB puesto que resultó beneficiosa para un mayor número de mujeres gestantes en comparación con el CB y sus procedimientos fueron bien aceptados por las participantes.

Estas conclusiones se alinean a las recomendaciones de la OMS que promueve enfáticamente la aplicación de IB en los contextos de atención prenatal a pesar de la escasa evidencia sobre su eficacia, eficiencia y efectividad, prácticamente inexistente hasta este trabajo, en los países de medianos y bajos ingresos (WHO, 2015). El riesgo de implementar una IB es muy bajo y la entrevista donde se enmarca brinda un espacio de intimidad para discutir el consumo de alcohol, estrategias y motivos para cesarlo y un espacio de psico-educación sobre los riesgos de continuar haciéndolo. Dichas estrategias podrían ser útiles en estadios más avanzados de la gestación e incluso en futuras gestaciones (muchas mujeres no habían consumido hasta el momento de la entrevista pero podrían haberlo hecho luego). Si se tiene en cuenta que casi la totalidad de las participantes de este estudio compartió los contenidos de la entrevista con otras personas, podría hipotetizarse que dichas estrategias, junto con los motivos para no consumir y la oportunidad de derribar mitos como los del *consumo saludable* durante la gestación (López, 2013) podrían luego ser transmitidas a otras personas, alcanzando la IB un impacto mayor en la salud pública general.

Con respecto a la factibilidad de la IB, nuevos estudios son necesarios para valorar las barreras y facilitadores de aplicación de la IB en los servicios de salud pública del MGP. El CB, a pesar de ser más reducido en su extensión, y haber resultado similarmente eficaz para promover la abstinencia y reducir el consumo de riesgo, no necesariamente supondría un costo menor que la implementación de la IB, puesto que sigue siendo necesaria la capacitación de los profesionales, el tiempo de la evaluación completa y empática del consumo de alcohol y contar con un espacio de intimidad.

Como conclusión respecto a los objetivos específicos, los resultados de prevalencia de consumo de alcohol entre las gestantes de MGP y la detección de participantes con TUA resaltan la importancia de reforzar la detección en el sistema de salud del municipio. En Argentina no existen medidas generales, como el establecimiento de una recomendación oficial o el desarrollo de guías de consumo, ni estrategias dirigidas directamente al individuo (como la IB), para promover la abstinencia durante la etapa gestacional. Agrava la situación el hecho de que muchos profesionales de salud en general no juzgan el consumo de alcohol durante la gestación como un problema de salud pública, y quienes sí lo hacen, no se sienten capacitados para detectarlo ni abordarlo (Lichtenberger, Conde, Peltzer, Tosi, & Cremonte, 2016).

La población de mujeres gestantes con TUA reviste un interés especial puesto que si bien la prevalencia es escasa, representa un desafío para los sistemas de salud pública, que deben proteger a estas mujeres y sus fetos, brindar apoyo y tratamiento. Lamentablemente, hay muy poca información que guíe a los profesionales para tomar decisiones con esta población de alto riesgo (DeVido, Bogunovic, & Weiss, 2015), aunque se conoce que el estado gestacional incrementa la motivación para disminuir el consumo de alcohol o cesarlo (Nilsen, 2009) por lo que no debe perderse la oportunidad de intervenir. En Argentina no existe un protocolo estandarizado para detectar consumo

durante la gestación. Sólo se realiza una pregunta sobre el consumo que se responde por positivo o negativo. El resto queda a criterio del profesional, lo que podría contribuir a que muchas más mujeres con indicadores de TUA circulen por el sistema de salud sin ser detectadas. Debe tenerse en cuenta que las 23 mujeres gestantes con TUA detectadas en este trabajo fueron diagnosticadas como parte de una investigación, pero no habían sido detectadas por el sistema de salud aun cuando se encontraban cursando en promedio, la mitad de su gestación. Por lo tanto esto reviste un punto débil del sistema de salud pública que debería ser urgentemente ser reforzado.

Una vez identificadas, tampoco existe un lineamiento, una guía de acción para asistir a estas mujeres. Los resultados de este trabajo sugieren que la evaluación y consejo de abstinencia serían beneficiosos para cesar o disminuir el consumo entre estas pacientes, pero muchas podrían necesitar tratamiento especializado. La derivación a tratamiento especializado se encuentra entre los objetivos de la IB. Durante la toma de datos, en cada CAPS se nos dieron indicaciones diferentes sobre qué hacer con las participantes con TUA, e incluso en algunos casos no tenían los recursos para realizar una derivación especializada puesto que la red de salud mental cuenta con escasos recursos en el MGP. Además es fundamental considerar que entre estas pacientes, la estigmatización podría ser un motivo por el que no se busca ayuda (Mojtabai & Crum, 2013). La IB impartida en un contexto de atención primaria a la salud podría ser menos estigmatizante y mejor aceptada por parte de las pacientes además de que amplía la posibilidad de que sean captadas por los servicios de salud, pero mayor investigación es necesaria en este punto.

Los resultados de este estudio aportan evidencia sobre una tecnología eficaz para promover la abstinencia de consumo de alcohol durante la gestación, que es aceptada por la población local y posiblemente factible de ser implementada en nuestro contexto.

Referencias

- Aalto, M., Pekuri, P., & Seppä, K. (2003). Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug and alcohol review*, 22(2), 169-173. <https://doi.org/10.1080/09595230100100606>
- Adair, J. G. (1984). The Hawthorne effect: a reconsideration of the methodological artifact. *Journal of applied psychology*, 69(2), 334-345.
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.69.2.334>
- Aliane, P. P. (2013). *Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool* (Doctoral dissertation), Universidade de São Paulo, Brasil.
- Alvik, A., Aalen, O. O., & Lindemann, R. (2013). Early Fetal Binge Alcohol Exposure Predicts High Behavioral Symptom Scores in 5.5-Year-Old Children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(11), 1954-1962.
<https://doi.org/10.1111/acer.12182>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2011). Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstetrics & Gynecology*, 118, 383-388.
10.1097/AOG.0b013e31822c9906.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. USA: American Psychiatric Association Publishing.

- Aparicio, V., & Rodríguez, J. (2012). Logros y pendientes de la reforma psiquiátrica en Panamá y Centroamérica de habla hispana. *Medwave*, 12(10).
10.5867/medwave.2012.10.5544
- Armstrong, M. A., Kaskutas, L. A., Witbrodt, J., Taillac, C. J., Hung, Y. Y., Osejo, V. M., & Escobar, G. J. (2009). Using drink size to talk about drinking during pregnancy: a randomized clinical trial of Early Start Plus. *Social Work in Health Care*, 48(1), 90-103. <https://doi.org/10.1080/00981380802451210>
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Rossow, I. (2010). *El Alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G., & World Health Organization. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance abuse*, 28(3), 7-30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03

- Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., ... & Pelucchi, C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose–response meta-analysis. *British journal of cancer*, *112*(3), 580-593.
10.1038/bjc.2014.579
- Begun, A. L., Rose, S. J., & LeBel, T. P. (2011). Intervening with women in jail around alcohol and substance abuse during preparation for community reentry. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *29*(4), 453-478.
<https://doi.org/10.1080/07347324.2011.608333>
- Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *Bmj*, *325*(870). <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7369.870>
- Bendtsen, P., Damsgaard, M. T., Huckle, T., Casswell, S., Kuntsche, E., Arnold, P., ... & Bogt, T. (2014). Adolescent alcohol use: a reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction*, *109*(11), 1857-1868.
<https://doi.org/10.1111/add.12681>
- Bernstein, E., Bernstein, J., & Levenson, S. (1997). Project ASSERT: an ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Annals of Emergency Medicine*, *30*(2), 181-189. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(97\)70140-9](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(97)70140-9)
- Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, *165*(9), 986-995. 10.1001/archinte.165.9.986

Bewick, B. M., Trusler, K., Barkham, M., Hill, A. J., Cahill, J., & Mulhern, B. (2008).

The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption—a systematic review. *Preventive medicine*, 47(1), 17-26.

<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.005>

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol

problems: a review. *Addiction*, 88(3), 315-336. [https://doi.org/10.1111/j.1360-](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x)

[0443.1993.tb00820.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x)

Binstock, G., & Pantelides, E. (2005). La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico

sociodemográfico. En M. Gogna (Coord), *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*,

(pp. 77-113). BsAs, Argentina: CEDES.

Borsari, B., Murphy, J. G., & Carey, K. B. (2009). Readiness to change in brief

motivational interventions: A requisite condition for drinking reductions? *Addictive behaviors*, 34(2), 232-235.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.010>

Broussard, C. N., & Richter, J. E. (1998). Nausea and vomiting of

pregnancy. *Gastroenterology Clinics*, 27(1), 123-151.

[https://doi.org/10.1016/S0889-8553\(05\)70350-2](https://doi.org/10.1016/S0889-8553(05)70350-2)

Burns, E., Gray, R., & Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify

problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*, 105(4),

601-614. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02842.x>

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, *158*(16), 1789-1795. [10.1001/archinte.158.16.1789](https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789).

Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive behaviors*, *32*(11), 2469-2494. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.05.004>

Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical psychology review*, *32*(8), 690-703. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.001>

Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., ... & Poole, N. (2010). Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, *32*(8), S1-S2. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34633-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34633-3)

Castellano, H. M., & de Méndez, M. C. (1994). *Sociedad y estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: Fundacredesa.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2002). Alcohol use among women of childbearing age-United States, 1991–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *51*, 273–276. PMID: 11952279

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2005). Advertencia sobre el uso del alcohol durante el embarazo. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/>
- Chang, G., Goetz, M. A., Wilkins-Haug, L., & Berman, S. (2000). A brief intervention for prenatal alcohol use An in-depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(4), 365-369. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00105-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00105-1)
- Chang, G., McNamara, T. K., Orav, E. J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., ... & Wilkins-Haug, L. (2005). Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstetrics and gynecology, 105*(5 Pt 1), 991-998. [10.1097/01.AOG.0000157109.05453.84](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000157109.05453.84)
- Chang, G., Wilkins-Haug, L., Berman, S., & Goetz, M. A. (1999). Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. *Addiction, 94*(10), 1499-1508. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941014996.x>
- Colvin, L., Payne, J., Parsons, D., Kurinczuk, J. J., & Bower, C. (2007). Alcohol consumption during pregnancy in nonindigenous west Australian women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(2), 276-284. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00303.x>
- Conde, K., & Cremonte, M. (2015). Data quality in surveys on alcohol consumption among university students. *Cad. Saúde Pública, 31*(1), 39-47. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00061114>
- Conde, K., Remaggi, M. L., & Cremonte, M. (2014). Alcohol y amnesia en universitarios de Argentina y España: prevalencia y predicción. *Salud y drogas, 14*(1).

- Coulton, S., Newbury-Birch, D., Cassidy, P., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., ... & Parrott, S. (2012). Screening for alcohol use in criminal justice settings: an exploratory study. *Alcohol and alcoholism*, 47(4), 423-427.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/ags048>
- Danish National Board of Health. (2010). *Healthy habits before, during and after pregnancy. 1st English edition (translated from 2nd Danish edition)*. Copenhagen: Danish National Board of Health and Danish Committee for Health Education.
- Delrahim-Howlett, K., Chambers, C. D., Clapp, J. D., Xu, R., Duke, K., Moyer, R. J., & Van Sickle, D. (2011). Web-Based Assessment and Brief Intervention for Alcohol Use in Women of Childbearing Potential: A Report of the Primary Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(7), 1331-1338.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01469.x>
- DeVido, J., Bogunovic, O., & Weiss, R. D. (2015). Alcohol Use Disorders in Pregnancy. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 112–121.
<http://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000070>
- Dinh-Zarr, T. B., Goss, C. W., Heitman, E., Roberts, I. G., & DiGuseppi, C. (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *The Cochrane Library*, 3. 10.1002/14651858.CD001857.pub2.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dörrie, N., Föcker, M., Freunsch, I., & Hebebrand, J. (2014). Fetal alcohol spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 23(10), 863-875.
<https://doi.org/10.1007/s00787-014-0571-6>

- Duffy, D. (2015). Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 371-382. [0.5872/psiencia/7.2.151](https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151)
- Eberhard, S., Nordström, G., Höglund, P., & Öjehagen, A. (2009). Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients: a randomised controlled study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(12), 1013. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0023-7>
- Errasti, F. (1997). El hospital como empresa de servicios. En: F. Errasti (Ed.), *Principios de gestión sanitaria* (pp. 81-101). Madrid: Ed. Díaz de Santos, S. A.
- Etchebarne, I., O'Connell, M., & Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*, 13(1).
- Evrard, S. G. (2010). Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(1), 61-67.
- Fernandez-Solà, J, Nicolas, J.M, Estruch, R, Urbano-Márquez, A. (2005). Gender differences in alcoholic pathology. In V.R Preedy (Ed.). *The Handbook of Alcohol Related Pathology* (pp. 263-80). London: Elsevier Science Pub.
- Field, C. A., & Caetano, R. (2010). The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence: who benefits from brief interventions? *Drug & Alcohol Dependence*, 111(1), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.025>

Fleming, M. F., & Graham, A. W. (2002). Screening and brief interventions for alcohol use disorders in managed care settings. In M. Galanter (Ed.), *Recent development in Alcoholism* (pp. 393-416). Boston, MA: Springer.

Fleming, M. F., Lund, M. R., Wilton, G., Landry, M., & Scheets, D. (2008). The Healthy Moms Study: the efficacy of brief alcohol intervention in postpartum women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(9), 1600-1606.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00738.x>

Floyd, R. L., Decouflé, P., & Hungerford, D. W. (1999). Alcohol use prior to pregnancy recognition 1. *American journal of preventive medicine*, 17(2), 101-107. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(99\)00059-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(99)00059-8)

Floyd, R. L., Sobell, M., Velasquez, M. M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., . . . The Project CHOICES Efficacy Study Group. (2007). Preventing alcohol-exposed pregnancies: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.028>

French Ministry of Health, Youth & Sports. (2002). *Health comes with eating: the food guide for all*. Saint-Yrieix-la-Perche: French Ministry of Health, Youth & Sports.

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... & Vogel, J. P. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s1), 40-48.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>

- Gaume, J., McCambridge, J., Bertholet, N., & Daeppen, J. B. (2014). Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown—a narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 5, 108.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00108>
- Gentilello, L. M., Ebel, B. E., Wickizer, T. M., Salkever, D. S., & Rivara, F. P. (2005). Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. *Annals of surgery*, 241(4), 541-550. [10.1097/01.sla.0000157133.80396.1c](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000157133.80396.1c)
- Glass, J. E., Andréasson, S., Bradley, K. A., Finn, S. W., Williams, E. C., Bakshi, A. S., ... & Saitz, R. (2017). Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). *Addiction Science & Clinical Practice*, 12(14). <https://doi.org/10.1186/s13722-017-0079-8>
- Graham, K. M., Bernards, S., Munné, M., & Wilsnack, S.C. (2008). *Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas* (No. 631). Washington D.C.: Pan American Health Organization.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757-766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584
- Grossbard, J. R., Mastroleo, N. R., Geisner, I. M., Atkins, D., Ray, A. E., Kilmer, J. R., ... & Turrisi, R. (2016). Drinking norms, readiness to change, and gender as moderators of a combined alcohol intervention for first-year college

students. *Addictive behaviors*, 52, 75-82.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.028>

Gunzerath L, Faden V, Zakhari S, & Warren K. (2004) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 829-847.

Guth, S., Lindberg, S. A., Badger, G. J., Thomas, C. S., Rose, G. L., & Helzer, J. E. (2008). Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(2), 243-250.

<https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.243>

Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 285-287. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.285>

Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103(3), 368-376.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02072.x>

Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive behaviors*, 21(6), 857-868.

[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00040-8](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00040-8)

Henriksen, T. B., Hjollund, N. H., Jensen, T. K., Bonde, J. P., Andersson, A. M., Kolstad, H., ... & Olsen, J. (2004). Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology*, 160(7), 661-667. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh259>

- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M., & Poznyak, V. (2003). *Brief intervention for substance use: A manual for use in primary care*. Geneva, Switzerland: *World Health Organization*.
- Hoffman, K. A., Beltrán, J., Ponce, J., García-Fernandez, L., Calderón, M., Muench, J., ... & Fiestas, F. (2016). Barriers to implementing screening, brief intervention and referral to treatment for substance use in HIV/AIDS health services in Peru. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 33(3), 432-437. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2293>
- Hungerford, D. W., Pollock, D. A., & Todd, K. H. (2000). Acceptability of Emergency Department-based Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems. *Academic Emergency Medicine*, 7(12), 1383-1392. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2000.tb00496.x>
- Ikonomidou, C., Bittigau, P., Ishimaru, M. J., Wozniak, D. F., Koch, C., Genz, K., ... & Dikranian, K. (2000). Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*, 287(5455), 1056-1060. [10.1126/science.287.5455.1056](https://doi.org/10.1126/science.287.5455.1056)
- Jenkins, R. J., McAlaney, J., & McCambridge, J. (2009). Change over time in alcohol consumption in control groups in brief intervention studies: systematic review and meta-regression study. *Drug & Alcohol Dependence*, 100(1), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.09.016>
- Jonas, D. E., Garbutt, J. C., Amick, H. R., Brown, J. M., Brownley, K. A., Council, C. L., ... & Yeatts, J. (2012). Behavioral counseling after screening for alcohol

- misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 157(9), 645-654.
- Jones, K. L., & Smith, D. W. (1973). Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in Early Infancy. *The Lancet*, 302(7836), 999-1001. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(73\)91092-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(73)91092-1)
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campell, F., Saunders, J. B., Burnand, B., & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28, 301–323. 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x
- Karolinski, A., Mercer, R., Micone, P., Ocampo, C., Mazzoni, A., Fontana, O., ... & Elordi, H. C. (2013). The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(13), 1685-1695. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12395>
- Kesmodel, U., Wisborg, K., Olsen, S. F., Henriksen, T. B., & Secher, N. J. (2002). Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American journal of epidemiology*, 155(4), 305-312. <https://doi.org/10.1093/aje/155.4.305>
- Klatsky, A. L. (2015). Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today? *Journal of internal medicine*, 278(3), 238-250. <https://doi.org/10.1111/joim.12390>
- Kristjanson, A. F., Wilsnack, S. C., Zvartau, E., Tsoy, M., & Novikov, B. (2007). Alcohol use in pregnant and nonpregnant Russian women. *Alcoholism: Clinical*

and experimental research, 31(2), 299-307. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00315.x>

Kypri, K., Langlely, J. D., Saunders, J. B., Cashell-Smith, M. L., & Herbison, P. (2008). Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Archives of internal medicine*, 168(5), 530-536. 10.1001/archinternmed.2007.109

Kypri, K., Saunders, J. B., & Gallagher, S. J. (2003). Acceptability of various brief intervention approaches for hazardous drinking among university students. *Alcohol and Alcoholism*, 38(6), 626-628. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg121>

Lange, S., Probst, C., Heer, N., Roerecke, M., Rehm, J., Monteiro, M. G., ... & Popova, S. (2017). Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in Latin America and the Caribbean: systematic literature review and meta-analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e89.

Lasa, I. L., Luis, J., Lozano, P., Arévalo, C. M., & Paricio, J. J. P. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. (coord.), Manual de salud reproductiva en la adolescencia, aspectos básicos y clínicos*, 817-835.

Lichtenberger, A., Conde, K., & Cremonte, M. (2016). Investigación en intervención breve y consumo de alcohol durante la gestación: productividad e impacto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(1), 56-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000100010>

Lichtenberger, A., Conde, K., Peltzer, R., Tosi, L., & Cremonte, M. (2016). Prevención del consumo de alcohol durante la gestación: importancia y conocimiento de los profesionales de atención primaria de la salud. Trabajo presentado en el 2° Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina

Lichtenberger, A., López, M., & Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 428-437. 10.5872/psiencia/7.3.122

Lin, J. C., Karno, M. P., Tang, L., Barry, K. L., Blow, F. C., Davis, J. W., ... & Moore, A. A. (2010). Do health educator telephone calls reduce at-risk drinking among older adults in primary care?. *Journal of general internal medicine*, 25(4), 334-339. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1223-2>

López, M. B. (2013). Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Salud y drogas*, 13(1), 35-46.

López, M. B., & Arán-Filippetti, V. (2014). Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 162-173. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.64>.

López, M. B., Arán-Filippetti V., & Cremonte, M. (2015). Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5), 211-217.

- López, M. B., Lichtenberger, A., Conde, K., & Cremonte, M. (2017). Psychometric properties of brief screening tests for alcohol use disorders during pregnancy in Argentina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(7), 322-329.
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1603744>
- Marais, S., Jordaan, E., Viljoen, D., Olivier, L., de Waal, J., & Poole, C. (2011). The effect of brief interventions on the drinking behaviour of pregnant women in a high-risk rural south african community: A cluster randomised trial. *Early Child Development and Care*, 181(4), 463-474. [10.1080/03004430903450392](https://doi.org/10.1080/03004430903450392)
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Can J Clin Pharmacol*, 16(1), 15-22
- Martino, S., Ondersma, S. J., Forray, A., Olmstead, T. A., Gilstad-Hayden, K., Howell, H. B., ... & Yonkers, K. A. (2018). A randomized controlled trial of screening and brief interventions for substance misuse in reproductive health. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218(3), 322-e1.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.005>
- May, P. A., Gossage, J. P., Kalberg, W. O., Robinson, L. K., Buckley, D., Manning, M., & Hoyme, H. E. (2009). Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Developmental disabilities research reviews*, 15(3), 176-192.
<https://doi.org/10.1002/ddrr.68>
- May, P. A., Hamrick, K. J., Corbin, K. D., Hasken, J. M., Marais, A. S., Brooke, L. E., ... & Gossage, J. P. (2014). Dietary intake, nutrition, and fetal alcohol spectrum

- disorders in the Western Cape Province of South Africa. *Reproductive toxicology*, 46, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2014.02.002>
- McCambridge, J., Kypri, K., & McElduff, P. (2014). Regression to the mean and alcohol consumption: a cohort study exploring implications for the interpretation of change in control groups in brief intervention trials. *Drug & Alcohol Dependence*, 135(100), 156-159. [10.1016/j.drugalcdep.2013.11.017](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.017)
- McIntosh, C., & Chick, J. (2004). Alcohol and the nervous system. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(suppl 3), iii16-iii21. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2004.045708>
- Míguez, H. A. (2010). Sobre la subjetividad para el consumo de sustancias psicoactivas. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 6-14.
- Míguez, H., Magri, R., Suárez, M., Suárez, H., Jones, J., & Putti, P. (2010). Embarazo y alcoholización social. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(3), 163-167.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing. Helping people change. Third Edition*. New York, US: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-81). Notre Dame, IN, US: University of Notre Dame Press
- Ministerio de Salud de la Nación (2005). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Informe de Resultados*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. En: http://www.msal.gov.ar/hm/Site/enfr/que_aspectos.asp.

Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Mojtabai, R., & Crum, R. M. (2013). Perceived unmet need for alcohol and drug use treatments and future use of services: results from a longitudinal study. *Drug & Alcohol Dependence*, *127*(1), 59-64.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.012>

Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington D.C., US: Organización Panamericana de la Salud.

Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2007). Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, *41*(5), 695-703.

Mukherjee, R. A., Hollins, S., Abou-Saleh, M. T., & Turk, J. (2005). Low level alcohol consumption and the fetus: abstinence from alcohol is the only safe message in pregnancy. *BMJ: British Medical Journal*, *330*(7488), 375-376.

[10.1136/bmj.330.7488.375](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7488.375)

Munné, M. I. (2005). Social consequences of alcohol consumption in Argentina. In I.S. Obot & R. Room, *Alcohol, Gender and Drinking Problems. Perspectives from Low and Middle Income Countries* (pp. 25-45). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Naimi, T. S., Lipscomb, L. E., Brewer, R. D., & Gilbert, B. C. (2003). Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: implications for women and their children. *Pediatrics*, *111*(Supplement 1), 1136-1141.

National Health and Medical Research Council. (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra: National Health and Medical Research Council.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). *NIAAA Council approves definition of binge drinking*, NIAAA newsletter, No. 3.

Nayak, M. B., Korcha, R. A., Kaskustas, L. A., & Avalos, L. A. (2014). Feasibility and acceptability of a novel, computerized screening and brief intervention (SBI) for alcohol and sweetened beverage use in pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0379-x>

Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(3), 384-394. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.384>

Nilsen, P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 21(6), 496-500. 10.1097/GCO.0b013e328332a74c

Nilsen, P., Kaner, E., & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on: An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 453-467. <https://doi.org/10.1177/145507250802500608>

Obot, I.S., & Room, R. (2005). *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

- Observatorio Argentino de Drogas. (2014). *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires, Argentina: SEDRONAR
- O'Connor, M. J., & Whaley, S. E. (2007). Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health, 97*(2), 252-258.
10.2105/AJPH.2005.077222
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2013). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism, 49*(1), 66-78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista médica de Chile, 141*(3), 361-366.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012>
- Pantani, D. & Pinsky, I. (Coords). (2017). *Alcohol, Salud Pública y Responsabilidad Social en América Latina*. Brasil: Printing Solutions & Internet 7.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W., Malini, S., & Rehm, J. (2011). Dose–response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 118*(12), 1411-1421.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x>
- Petrenko, C. L., & Davis, A. S. (2017). Neuropsychological Aspects of Prevention and Intervention for FASD: International Perspectives. *Journal of Pediatric Neuropsychology, 3*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s40817-017-0036-1>

- Petrenko, C. L., Tahir, N., Mahoney, E. C., & Chin, N. P. (2014). Prevention of secondary conditions in fetal alcohol spectrum disorders: identification of systems-level barriers. *Maternal and child health journal*, *18*(6), 1496-1505. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1390-y>
- Pfefferbaum, A., Rosenbloom, M., Deshmukh, A., & Sullivan, E. V. (2001). Sex differences in the effects of alcohol on brain structure. *American Journal of Psychiatry*, *158*(2), 188-197. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.188>
- Platt, L., Melendez-Torres, G. J., O'Donnell, A., Bradley, J., Newbury-Birch, D., Kaner, E., & Ashton, C. (2016). How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ open*, *6*(8), e011473. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011473>
- Pollick, S. A., Beatty, J. R., Sokol, R. J., Strickler, R. C., Chang, G., Svikis, D. S., ... & Ondersma, S. J. (2015). Acceptability of a computerized brief intervention for alcohol among abstinent but at-risk pregnant women. *Substance abuse*, *36*(1), 13-20. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.857631>
- Popova, S., Lange, S., Burd, L., & Rehm, J. (2012). Health care burden and cost associated with fetal alcohol syndrome: based on official Canadian data. *PloS one*, *7*(8), e43024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043024>
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, *5*(3), e290-e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Parunashvili, N., & Rehm, J. (2017). Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. *European journal of medical genetics*, 60(1), 32-48.
<https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2016.09.010>

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors: process of change* (pp. 3-27). New York, US: Plenum.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., & Frick, U. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Rehm, J., Taylor, B., & Room, R. (2009) Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco, *Drug and Alcohol Review*, 25 (6), 503-513.
[10.1080/09595230600944453](https://doi.org/10.1080/09595230600944453)

Riley, E. P., Guerri, C., Calhoun, F., Charness, M. E., Foroud, T. M., Li, T. K., ... & Warren, K. R. (2003). Prenatal alcohol exposure: advancing knowledge through international collaborations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(1), 118-135. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2003.tb02731.x>

Riley, E. P., Infante, M. A., & Warren, K. R. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychology review*, 21(2), 73.

- Russell, M., & Bigler, L. (1979). Screening for alcohol-related problems in an outpatient obstetric-gynecologic clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 4-12. 0002-9378(79)90787-7
- Sadler, T. W., & Langman, J. (2007). *Langman embriología médica: con orientación clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Saitz, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and alcohol review*, 29(6), 631-640. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x>
- Sato N, Lindros K, Baraona E, Ikejima K, Mezey E, Javerläien H, et al. (2001). Sex difference in alcohol-related organ injury. *Alcoholism*, 25(5), 405-55. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02371.x>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J.R, & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction-Abingdon-*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schermer, C. R. (2005). Feasibility of alcohol screening and brief intervention. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 59(3), S119-S123. 10.1097/01.ta.0000174679.12567.7c
- Schulte, B., O'Donnell, A. J., Kastner, S., Schmidt, C. S., Schäfer, I., & Reimer, J. (2014). Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and

social services: a comparison of literature. *Frontiers in psychiatry*, 5, 131.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00131>

Seale, J. P., Velasquez, M. M., Johnson, J. A., Shellenberger, S., von Sternberg, K., Dodrill, C., ... Grace, D. (2012). Skills-Based Residency Training in Alcohol Screening and Brief Intervention: Results from the Georgia-Texas “Improving Brief Intervention” Project. *Substance Abuse : Official Publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 33(3), 261–271. <http://doi.org/10.1080/08897077.2011.640187>

Senturias, Y., & Asamoah, A. (2014). Fetal alcohol spectrum disorders: guidance for recognition, diagnosis, differential diagnosis and referral. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 44(4), 88-95.

<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.12.008>

Sheehan, J., Gill, A., & Kelly, B. (2014). The effectiveness of a brief intervention to reduce alcohol consumption in pregnancy: A controlled trial. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31(03), 175-189. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.28>

Sise, M. J., Sise, C. B., Kelley, D. M., Simmons, C. W., & Kelso, D. J. (2005).

Implementing screening, brief intervention, and referral for alcohol and drug use: the trauma service perspective. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 59(3), S112-S118. 10.1097/01.ta.0000176045.95492.01

Skagerstróm, J., Chang, G., & Nilsen, P. (2011). Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *Journal of women's health*, 20(6), 901-913.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2216>

Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC public health*, 9(51), 1-11.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-51>

Sokol, R. J., Martier, S. S., & Ager, J. W. (1989). The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(4), 863-870. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(89\)90302-5](https://doi.org/10.1016/0002-9378(89)90302-5)

Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T., et al. (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6-7 years: dose response effect. *Paediatrics*, 108(2), 34-35

Spohr, H. L., & Steinhausen, H. C. (Eds.). (1996). *Alcohol, pregnancy and the developing child*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Stead, M., Parkes, T., Nicoll, A., Wilson, S., Burgess, C., Eadie, D., ... & McAteer, J. (2017). Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study. *BMC public health*, 17(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4256-1>

Strandberg-Larsen, K., Nielsen, N. R., Grønbaek, M., Andersen, P. K., Olsen, J., & Andersen, A. M. N. (2008). Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. *Obstetrics & Gynecology*, 111(3), 602-609.

10.1097/AOG.0b013e3181661431

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O'malley, K., & Young, J. K. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol

syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(4), 228-238.

Tzilos, G. K., Sokol, R. J., & Ondersma, S. J. (2011). A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 20(10), 1517-1524. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2732>

United States Department of Agriculture and United States Department of Health and Human Services. (2010). *Dietary guidelines for Americans, 2010 (7th edition)*. Washington D.C.: United States Government Printing Office

United States Department of Health & Human Services., National Institutes on Health., & National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). *Helping patients who drink too much: a clinician's guide (Updated 2005 Edition)*. Bethesda, U.S.: NIH Publication.

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

van der Wulp, N. Y., Hoving, C., Eijmael, K., Candel, M. J., van Dalen, W., & De Vries, H. (2014). Reducing alcohol use during pregnancy via health counseling by midwives and internet-based computer-tailored feedback: A cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), e274. [10.2196/jmir.3493](https://doi.org/10.2196/jmir.3493)

Wernette, G. T., Plegue, M., Kahler, C. W., Sen, A., & Zlotnick, C. (2018). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Computer-Delivered Brief Intervention for

- Substance Use and Risky Sex During Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 27(1), 83-92. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6408>
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., ... & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 12(5). [10.2196/jmir.1479](https://doi.org/10.2196/jmir.1479)
- Wilson, A., McDonald, P., Hayes, L., & Cooney, J. (1992). Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *Bmj*, 304(6821), 227-230.: <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6821.227>
- Witbrodt, J., Kaskutas, L. A., Diehl, S., Armstrong, M. A., Escobar, G. J., Taillac, C., & Osejo, V. (2007). Using drink size to talk about drinking during pregnancy: early start plus. *Journal of Addictions Nursing*, 18(4), 199-206.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014b). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Global status report on road safety 2015*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M., & Michener, J. L. (2003). Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 93(4), 635-641.

10.2105/AJPH.93.4.635

Anexo 1. Tabla de equivalencias de tragos

Información complementaria

Lámina 1: Tragos

¿Cuántos tragos toma usted usualmente?

Tabla de equivalencias

Cerveza



Lata de cerveza
1 trago



Porrón
1 trago



Botella de Cerveza
3 tragos

Vino



Copa de vino
1 trago



Vaso de vino
2 tragos



Botella de vino
6 tragos



Caja de vino
8 tragos

Bebidas blancas



Medida de bebida blanca
1 trago
Whisky, vodka, ron.



Trago corto
1 trago
*Caipirinha,
Pronto Shake.*



Trago largo
2 tragos
*Fernet con cola,
Cuba libre.*



Botella de bebida blanca
20 tragos

Figura 5. Lámina de equivalencia de bebidas alcohólicas

Anexo 2. Aval ético y de docencia e investigación



Comité de Bioética

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tettamanti"
Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"
Mar del Plata

PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (III) INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Eficacia de la intervención Breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes

SERVICIO SOLICITANTE:

Grupo de Investigación de sustancias psicoactivas de la Facultad de Psicología de la UNMDP.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA INVESTIGACIÓN:

Centros de Atención Primaria a la Salud del Municipio de General Pueyrredón

DOCUMENTOS ANALIZADOS:

Protocolo, Consentimiento informado, Curriculum de los Investigadores, Bibliografía

FECHA Y LUGAR DE LA DECISIÓN:

Mar del Plata, 24 de febrero de 2016

DECLARACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA:

APROBADO

FECHA Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CB HIEMI-HIGA:


Dr. MAURICIO MONTRUL
COORDINADOR
COMITE BIOETICA HIEMI-HIGA



COMITE DE BIOETICA
Hospitales de Mar del Plata

1

Figura 6. Aval Comité Bioética HIEMI-HIGA



SALUD
MGP
MAR DEL PLATA
BATÁN

CID

Comité de
investigación
y docencia

Atendiendo al proyecto **“Efectividad de la intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes”** presentado por la Dra Mariana Cremonte y la Lic. Aldana Lichtenberger, se considera que:

- Responde a objetivos de la atención primaria de la salud.
- Resulta pertinente por su inclusión en la comunidad.
- Su presentación y exposición del proyecto es claro, en cuanto a sus objetivos y a su contenido.
- Resulta pertinente en lo referente al impacto a la comunidad.
- Los integrantes del proyecto han acreditado ante este Comité su idoneidad, trayectoria y especialización en las diversas actividades que realiza.

- La determinación de los CAPS y el contacto con el área de Psicología, será acordado con la coordinación respectiva y el Departamento de Salud Mental, una vez determinado, remitirán la información con el cronograma de actividades a este Comité.

Se expide el presente aval en la ciudad de Mar del Plata, a los 14 días del mes de Mayo de 2015.

Comité de Investigación y
Docencia
Secretaría de Salud. Municipalidad de Gral.
Pueyrredon.

Figura 7. Aval Comité Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud del MGP

Anexo 3. Cuestionarios

Nº entrevista: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Grupo Intervención Breve

¿Estuvo alguna vez en tratamiento por consumo de sustancias (alcohol y otras drogas)?

SI ____ NO ____

Si no ha estado en tratamiento, invítela a participar de la investigación sobre consumo de alcohol durante el embarazo. A continuación entregue el consentimiento informado y si la participante acepta, continúe con el cuestionario.

Se negó: (completar edad y tiempo de gestación)

Recuérdale a la participante que volveremos a contactarnos con ella en tres meses. Para ello necesitamos sus datos de contacto:

Nombre: _____ Nº historia clínica o DNI: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Centro donde se controla embarazo regularmente: _____

¿Cuántas consultas médicas hizo al momento? _____

1. ¿Cuál es su edad? _____

2. ¿Cuántos hijos tiene (nacidos)? _____

3. Semana de gestación actual _____

4. ¿Tuvo algún problema en el embarazo actual? _____

Alcohol y Gestación: Introduzca el tema: "*Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses (antes del embarazo) y desde que se enteró que está embarazada*".

11. Durante los últimos doce meses, ¿qué tan seguido tomó alguna bebida alcohólica? (Explique qué entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, fernet, ron, vodka, gancia, etc.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> No tomé NADA de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomé antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> Nunca tomé (10) |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |
| <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) | |

SI LA PARTICIPANTE NUNCA TOMÓ O NO CONSUMIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES FELICITE Y CONTINUE CON LA P.18

12. Cuando tomás bebidas alcohólicas, generalmente ¿qué bebida tomás? (Marque sólo una opción)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cerveza (1) | <input type="checkbox"/> Vodka, whisky, licor u otra destilada (3) |
| <input type="checkbox"/> Vino (2) | <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas (ej. Fernet, Whiscola, Gancia) (4) |

□ Otra. Cuál (5): _____

13. Durante los últimos doce meses, ¿cuántos tragos tomás en un día típico de los que bebes? (Utilice la lámina de EQUIVALENCIAS para responder lo más exacto posible): **Nº TRAGOS** _____

14. Últimos 12 meses	4	3	2	1	0	
1. ¿con qué frecuencia tomó alguna bebida que contenga alcohol?	4 o más veces por semana	2 o 3 veces por semana	2 a 4 veces al mes	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántos TRAGOS suele tomar en día de consumo típico? (pre embarazo)	7 o más	5 o 6	3 o 4	1 o 2	0	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma 4 o más TRAGOS en una sola ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
4. ¿con qué frecuencia no ha podido parar de tomar una vez que había empezado?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
5. ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
6. ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
7. ¿con qué frecuencia se sintió con culpa o con remordimientos después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
8. ¿con qué frecuencia no pudo recordar algo que sucedió por haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
9. ¿Usted u otra persona ha resultado herida a consecuencia de su consumo de alcohol?	Sí, el último año		Sí, pero no en el último año		No	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez un familiar, amigo, médico o profesional de la salud se ha mostrado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que dejara?	Sí, el último año		Sí, pero no en el último año		No	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE TOTAL _____						

15. Desde que se enteró que está embarazada, ¿qué tan seguido tomó alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, tragos)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> No tomé NADA de alcohol desde que me enteré, pero tomé antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |

16. Desde que se enteró que está embarazada, ¿cuántos tragos toma en un día típico de los que bebe? **Nº TRAGOS** _____

17. Desde que se enteró del embarazo	4	3	2	1	0	
1. ¿con qué frecuencia tomó alguna bebida que contenga alcohol?	4 o más veces por semana	2 o 3 veces por semana	2 a 4 veces al mes	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="text"/>
2. ¿cuántos TRAGOS suele tomar en día de consumo típico?	7 o más	5 o 6	3 o 4	1 o 2	0	<input type="text"/>
3. ¿con qué frecuencia toma 4 o más TRAGOS en una sola ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
4. ¿con qué frecuencia no ha podido parar de beber una vez que había empezado?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
5. ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
6. ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
7. ¿con qué frecuencia se sintió con culpa o con remordimientos después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
8. ¿con qué frecuencia le pasó que no pudo recordar algo que sucedió por haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
9. ¿usted u otra persona ha resultado herida a consecuencia de su consumo de alcohol?	Sí, desde que sé que estoy embarazada		Sí, pero no desde que estoy embarazada		No	<input type="text"/>
10. ¿algún familiar, amigo, o profesional de la salud se ha mostrado preocupado o le ha sugerido que dejara de beber?	Sí, desde que sé que estoy embarazada		Sí, pero no desde que estoy embarazada		No	<input type="text"/>
PUNTAJE TOTAL						_____

5. ¿Está usted casada, viviendo con alguien en una unión de hecho, separada, divorciada, viuda, soltera?

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. Casada | 4. Divorciada |
| 2. Unida de hecho | 5. Viuda |
| 3. Separada | 6. Soltera |

6. ¿Con quién convive actualmente? (Familia de origen u otro –especificar-):

7. a ¿Pertenece a alguna religión? SI NO

7. b ¿Cuál? _____

7. c ¿Asiste regularmente a algún establecimiento religioso? _____

8. ¿Cuál fue el grado más alto en la escuela o año de universidad que completó?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Primaria incompleta | 5. Terciario incompleto |
| 2. Primaria completa | 6. Terciario completo |
| 3. Secundaria incompleta | 7. Universitario incompleto |
| 4. Secundaria o polimodal completo | 8. Universitario |

9. ¿Está trabajando tiempo completo/medio tiempo, está sin trabajo y buscando trabajo, está incapacitada por un problema físico, retirada, ama de casa, o estudiante?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Empleado (35+ horas) | 5. Discapacitado por problema físico |
| 2. Sub Empleado | 6. Ama de Casa |
| 3. Sin trabajo y buscando | 7. Estudiante |
| 4. Sin trabajo y no buscando | 8. Otro |

10. A. Profesión de la persona que más dinero gana en su hogar

Respuesta: _____

1. Profesión Universitaria, financistas, banqueros o comerciantes de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
2. Profesión Técnica Superior, Terciarios, medianos comerciantes o productores.
3. Empleados sin profesión universitaria, con secundaria completa, pequeños comerciantes o productores.
4. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).

B. Nivel de instrucción de los padres

Madre: _____

Padre: _____

1. Enseñanza Universitaria o su equivalente.
2. Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
4. Enseñanza primaria
5. Analfabeto.

C. Principal fuente de ingreso de la familia

Respuesta: _____

1. Fortuna heredada o adquirida.
2. Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
3. Sueldo mensual.
4. Salario semanal, por día, entrada a destajo (por tarea o unidad de obra).
5. Donaciones de origen público o privado (ej. planes sociales del Estado).

D. Condiciones de alojamiento

Respuesta: _____

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2. Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
3. Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
4. Viviendas con ambientes reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

18. Su pareja, ¿qué tan seguido toma alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, tragos)?

- Todos los días (1)
- Casi todos los días (2)
- 3 o 4 veces por semana (3)
- 1 o 2 veces por semana (4)
- 2 o 3 veces al mes (5)
- Cerca de una vez al mes (6)
- 6-11 veces al año (7)
- 1-5 veces al año (8)
- No tomó NADA de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomó antes (9).

19. Su pareja, ¿cuándo toma bebidas alcohólicas, generalmente ¿qué bebida toma? (Marque sólo una opción)

- Cerveza (1)
- Vino (2)
- Vodka, whisky, licor u otra destilada (3)
- Bebidas preparadas (ej. Fernet, Whiscola, Gancia) (4)
- Otra. Cuál (5): _____

20. Su pareja, ¿cuántos tragos estima que toma en un día típico de los que bebe? N° TRAGOS _____

21. Su pareja, ¿qué tan seguido toma 5 o más tragos en una sola ocasión?

- Todos los días (1)
- Casi todos los días (2)
- 3 o 4 veces por semana (3)
- 1 o 2 veces por semana (4)
- 2 o 3 veces al mes (5)
- Cerca de una vez al mes (6)
- 6-11 veces al año (7)
- 1-5 veces al año (8)
- No tomó 5 tragos de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomó antes (9).

22. Su pareja, ¿alguna vez estuvo en tratamiento por consumo de sustancias (alcohol u otras drogas)? SI _____ NO _____

23. ¿A vos te parece que, en general, otras embarazadas toman alcohol? SI _____ NO _____

24. ¿Con qué frecuencia crees que otras embarazadas consumen alcohol?

Más que antes del embarazo (1) Igual que antes del embarazo (2) Menos que antes del embarazo (3)

25. ¿Cuánto te parece que toman otras embarazadas? N° TRAGOS _____

26. ¿Qué crees que las personas importantes para vos piensan sobre que consumas alcohol en el embarazo? (Si responde que está mal, indague ¿por qué?)

PRESENTE EL FOLLETO "LOS EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO" Y REALICE LA IB

27 . Objetivo propuesto por la participante luego de la Intervención Breve

Reducción Abstinencia Sin acuerdo

28. ¿Las preguntas del cuestionario le resultaron fáciles de responder?

29. ¿Aprendió algo nuevo?

30. ¿Le contaría lo que aprendió a otros?

31. ¿Hablaría con su médico de lo que aprendió?

Registre aquí cualquier información que crea pertinente para el investigador (por ejemplo: si se han seguido todos los pasos de la IB, si ha surgido algún inconveniente durante la misma, si la entrevistada se negó a seguir en algún momento, si no quiso contestar alguna pregunta, etc).

32. ¿Qué tanta confianza tiene en las respuestas de la entrevistada?

1. Confianza completa _____

2. Algunas dudas _____

3. Ninguna confianza _____

EN CASO DE DUDAS: Por favor explicita sobre cuál información tiene dudas y por qué.

Entrevistador: _____

CAPS: _____

Nº entrevista: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Cuestionario Consejo Breve

¿Estuvo alguna vez en tratamiento por consumo de sustancias (alcohol y otras drogas)? SI _____ NO _____

Si no ha estado en tratamiento, invítela a participar de la investigación sobre consumo de alcohol durante el embarazo. A continuación entregue el consentimiento informado y si la participante acepta, continúe con el cuestionario.

Se negó: (completar edad y tiempo de gestación)

Recuérdale a la participante que volveremos a contactarnos con ella en tres meses. Para ello necesitamos sus datos de contacto:

Nombre: _____ N° historia clínica o DNI: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

Centro donde se controla embarazo regularmente: _____

¿Cuántas consultas médicas hizo al momento? _____

1. ¿Cuál es su edad? _____

2. ¿Cuántos hijos tiene (nacidos)? _____

3. Semana de gestación actual _____

4. ¿Tuvo algún problema en el embarazo actual? _____

Alcohol y Gestación: Introduzca el tema: "*Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses (antes del embarazo) y desde que se enteró que está embarazada*".

11. Durante los últimos doce meses, ¿qué tan seguido tomó alguna bebida alcohólica? (Explique qué entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, fernet, ron, vodka, gancia, etc.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> No tomé NADA de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomé antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> Nunca tomé (10) |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |
| <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) | |

SI LA PARTICIPANTE NUNCA TOMÓ O NO CONSUMIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES FELICITE Y CONTINUE CON LA P.18

12. Cuando tomás bebidas alcohólicas, generalmente ¿qué bebida tomás? (Marque sólo una opción)

- Cerveza (1)
- Vino (2)
- Vodka, whisky, licor u otra destilada (3)
- Bebidas preparadas (ej. Fernet, Whiscola, Gancia) (4)
- Otra. Cuál (5): _____

13. Durante los últimos doce meses, ¿cuántos tragos tomás en un día típico de los que bebes? (Utilice la lámina de EQUIVALENCIAS para responder lo más exacto posible): **Nº TRAGOS** _____

14. Últimos 12 meses	4	3	2	1	0	
2. ¿con qué frecuencia tomó alguna bebida que contenga alcohol?	4 o más veces por semana	2 o 3 veces por semana	2 a 4 veces al mes	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="text"/>
2. ¿Cuántos TRAGOS suele tomar en día de consumo típico? (pre embarazo)	7 o más	5 o 6	3 o 4	1 o 2	0	<input type="text"/>
4. ¿Con qué frecuencia toma 4 o más TRAGOS en una sola ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
4. ¿con qué frecuencia no ha podido parar de tomar una vez que había empezado?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
5. ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
6. ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
7. ¿con qué frecuencia se sintió con culpa o con remordimientos después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
8. ¿con qué frecuencia no pudo recordar algo que sucedió por haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="text"/>
9. ¿Usted u otra persona ha resultado herida a consecuencia de su consumo de alcohol?	Sí, el último año		Sí, pero no en el último año		No	<input type="text"/>
10. ¿Alguna vez un familiar, amigo, médico o profesional de la salud se ha mostrado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que dejara?	Sí, el último año		Sí, pero no en el último año		No	<input type="text"/>
PUNTAJE TOTAL _____						

15. Desde que se enteró que está embarazada, ¿qué tan seguido tomó alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, tragos)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> No tomé NADA de alcohol desde que me enteré, pero tomé antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |

16. Desde que se enteró que está embarazada, ¿cuántos tragos toma en un día típico de los que bebe? **Nº TRAGOS** _____

17. Desde que se enteró del embarazo	4	3	2	1	0	
2. ¿con qué frecuencia tomó alguna bebida que contenga alcohol?	4 o más veces por semana	2 o 3 veces por semana	2 a 4 veces al mes	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="text"/>
2. ¿cuántos TRAGOS suele tomar en día de consumo típico?	7 o más	5 o 6	3 o 4	1 o 2	0	<input type="text"/>
3. ¿con qué frecuencia toma 4 o más TRAGOS en una sola ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
4. ¿con qué frecuencia no ha podido parar de beber una vez que había empezado?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
5. ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
6. ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
7. ¿con qué frecuencia se sintió con culpa o con remordimientos después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
8. ¿con qué frecuencia le pasó que no pudo recordar algo que sucedió por haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
9. ¿usted u otra persona ha resultado herida a consecuencia de su consumo de alcohol?	Sí, desde que sé que estoy embarazada		Sí, pero no desde que estoy embarazada		No	<input type="text"/>
10. ¿algún familiar, amigo, o profesional de la salud se ha mostrado preocupado o le ha sugerido que dejara de beber?	Sí, desde que sé que estoy embarazada		Sí, pero no desde que estoy embarazada		No	<input type="text"/>
PUNTAJE TOTAL						<input type="text"/>

5. ¿Está usted casada, viviendo con alguien en una unión de hecho, separada, divorciada, viuda, soltera?

- | | |
|-------------------|----------------|
| 7. Casada | 10. Divorciada |
| 8. Unida de hecho | 11. Viuda |
| 9. Separada | 12. Soltera |

6. ¿Con quién convive actualmente? (Familia de origen u otro –especificar-):

7. a ¿Pertenece a alguna religión? SI NO

7. b ¿Cuál? _____

7. c ¿Asiste regularmente a algún establecimiento religioso? _____

8. ¿Cuál fue el grado más alto en la escuela o año de universidad que completó?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 9. Primaria incompleta | 13. Terciario incompleto |
| 10. Primaria completa | 14. Terciario completo |
| 11. Secundaria incompleta | 15. Universitario incompleto |
| 12. Secundaria o polimodal completo | 16. Universitario |

9. ¿Está trabajando tiempo completo/medio tiempo, está sin trabajo y buscando trabajo, está incapacitada por un problema físico, retirada, ama de casa, o estudiante?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 9. Empleado (35+ horas) | 13. Discapacitado por problema físico |
| 10. Sub Empleado | 14. Ama de Casa |
| 11. Sin trabajo y buscando | 15. Estudiante |
| 12. Sin trabajo y no buscando | 16. Otro |

10. A. Profesión de la persona que más dinero gana en su hogar

Respuesta: _____

6. Profesión Universitaria, financistas, banqueros o comerciantes de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
7. Profesión Técnica Superior, Terciarios, medianos comerciantes o productores.
8. Empleados sin profesión universitaria, con secundaria completa, pequeños comerciantes o productores.
9. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
10. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).

B. Nivel de instrucción de los padres

Madre: _____

Padre: _____

6. Enseñanza Universitaria o su equivalente.
7. Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
8. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
9. Enseñanza primaria
10. Analfabeto.

C. Principal fuente de ingreso de la familia

Respuesta: _____

6. Fortuna heredada o adquirida.
7. Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
8. Sueldo mensual.
9. Salario semanal, por día, entrada a destajo (por tarea o unidad de obra).
10. Donaciones de origen público o privado (ej. planes sociales del Estado).

D. Condiciones de alojamiento

Respuesta: _____

6. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
7. Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
8. Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
9. Viviendas con ambientes reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
10. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

19. Su pareja, ¿qué tan seguido toma alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, tragos)?

Todos los días (1)

Casi todos los días (2)

- 3 o 4 veces por semana (3)
- 1 o 2 veces por semana (4)
- 2 o 3 veces al mes (5)
- Cerca de una vez al mes (6)
- 6-11 veces al año (7)
- 1-5 veces al año (8)
- No tomó NADA de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomó antes (9).

19. Su pareja, ¿cuándo toma bebidas alcohólicas, generalmente ¿qué bebida toma? (Marque sólo una opción)

- Cerveza (1)
- Vino (2)
- Vodka, whisky, licor u otra destilada (3)
- Bebidas preparadas (ej. Fernet, Whiscola, Gancia) (4)
- Otra. Cuál (5): _____

20. Su pareja, ¿cuántos tragos estima que toma en un día típico de los que bebe? **Nº TRAGOS** _____

21. Su pareja, ¿qué tan seguido toma 5 o más tragos en una sola ocasión?

- Todos los días (1)
- Casi todos los días (2)
- 3 o 4 veces por semana (3)
- 1 o 2 veces por semana (4)
- 2 o 3 veces al mes (5)
- Cerca de una vez al mes (6)
- 6-11 veces al año (7)
- 1-5 veces al año (8)
- No tomó 5 tragos de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomó antes (9).

22. Su pareja, ¿alguna vez estuvo en tratamiento por consumo de sustancias (alcohol u otras drogas)? SI _____ NO _____

23. ¿A vos te parece que, en general, otras embarazadas toman alcohol? SI _____ NO _____

24. ¿Con qué frecuencia crees que otras embarazadas consumen alcohol?

Más que antes del embarazo (1) Igual que antes del embarazo (2) Menos que antes del embarazo (3)

25. ¿Cuánto te parece que toman otras embarazadas? Nº TRAGOS _____

26. ¿Qué crees que las personas importantes para vos piensan sobre que consumas alcohol en el embarazo? (Si responde que está mal, indague ¿por qué?)

ENTREGUE EL FOLLETO “LOS EFECTOS DEL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO”

Registre aquí si la participante realizó preguntas luego de entregarle el folleto y cualquier otra información que crea pertinente para el investigador.

32. ¿Qué tanta confianza tiene en las respuestas de la entrevistada?

1. Confianza completa 2. Algunas dudas 3. Ninguna confianza

EN CASO DE DUDAS: Por favor explicita sobre cuál información tiene dudas y por qué.

Entrevistador: _____

CAPS: _____

Retest

Nombre:	Nº historia clínica/DNI:
---------	--------------------------

Pudo realizar el RE- test?

- SI**
- NO.** Explícite causa:
 - Falla en la comunicación (1)
 - Pérdida del embarazo (2)
 - Otro, ¿cuál? (3) _____

Durante los últimos tres meses, ¿qué tan seguido tomó alguna bebida alcohólica? (Explique qué entiende por “bebidas alcohólicas” utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, fernet, ron, vodka, gancia, etc.)

- Todos los días (1)
- Casi todos los días (2)
- 3 o 4 veces por semana (3)
- 1 o 2 veces por semana (4)
- 2 o 3 veces al mes (5)
- Cerca de una vez al mes (6)
- 6-11 veces al año (7)
- 1-5 veces al año (8)
- No tomé NADA de alcohol en los últimos 3 meses, pero tomé antes (9).

Si la participante no consumió NADA DE ALCOHOL en los últimos 3 meses felicite y vaya a la última pregunta

Quando tomó bebidas alcohólicas, generalmente ¿qué bebida tomó? (Marque sólo una opción)

- Cerveza (1)
- Vino (2)
- Vodka, whisky, licor u otra destilada (3)
- Bebidas preparadas (ej. Fernet, Whiscola, Gancia) (4)
- Otra. Cuál (5) _____
- Sidra (6)

Durante los últimos tres meses, ¿cuántos tragos tomó en un día típico de los que bebió? **Nº TRAGOS** _____

Últimos 3 meses	4	3	2	1	0	
3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tomó alguna bebida que contenga alcohol?	4 o más veces por semana	2 o 3 veces por semana	2 a 4 veces al mes	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="text"/>
2. ¿Cuántos TRAGOS suele tomar en día de consumo típico?	7 o más	5 o 6	3 o 4	1 o 2	0	<input type="text"/>
5. ¿Con qué frecuencia tomó 5 o más TRAGOS en una sola ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
4. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia no ha podido parar de tomar una vez que había empezado?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>

6. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia se sintió con culpa o con remordimientos después de haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
8. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia no pudo recordar algo que sucedió por haber estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="checkbox"/>
9. ¿Usted u otra persona ha resultado herida a consecuencia de su consumo de alcohol?	Sí, en los últimos tres meses		Sí, pero no en los últimos tres meses		No	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez un familiar, amigo, médico o profesional de la salud se ha mostrado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que dejara?	Sí, en los últimos tres meses		Sí, pero no en los últimos tres meses		No	<input type="checkbox"/>

PUNTAJE TOTAL (último año)_____

¿Habló con alguien sobre los contenidos de la entrevista anterior?

- Médico (1)
- Pareja (2)
- Familia (3)
- Amigos (4)
- Otro (5)
- Ninguno (6)

¿Qué tanta confianza tiene en las respuestas de la entrevistada?

1. Confianza completa

2. Algunas dudas

3. Ninguna confianza

EN CASO DE DUDAS: Por favor explicita sobre cuál información tiene dudas y por qué.

Nombre del Entrevistador: _____

Hospital o CAPS: _____

Apéndice A. Consentimiento Informado y Hoja de Información

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de la presente, se solicita su autorización para participar de la investigación: “Efectividad de la Intervención Breve para promover la abstinencia de alcohol en mujeres gestantes”, realizada por miembros del grupo *Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa* de la Universidad Nacional de Mar del Plata y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas Técnicas. Su participación es voluntaria y toda la información que nos brinde será tratada de forma confidencial y con fines estrictamente científicos. Las características de la investigación se detallan en el Consentimiento Informado adjunto. La administración se llevará a cabo en los CAPS, por profesionales de salud. Por cualquier duda o consulta por favor comunicarse con la Lic. Aldana Lichtenberger a la siguiente dirección de mail: investigacionalcohol@gmail.com.

Quiero participar:

SI autorizo

NO autorizo

Firma de la participante

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Efectividad de la Intervención Breve para promover la abstinencia de alcohol en mujeres gestantes.

Investigador Principal: Lic. Aldana Lichtenberger

Institución: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- Universidad Nacional de Mar del Plata

¿Cuál es el objetivo de este formulario? Este formulario contiene información para que usted decida si quiere participar de este estudio. Por favor, léalo cuidadosamente y realice las preguntas que considere necesarias. *(Si la participante no sabe leer o escribir toda la información contenida en este formulario debe ser leída por el investigador)*

¿Cuál es el objetivo del estudio? Evaluar la efectividad de dos tipos de intervenciones para promover la abstinencia de alcohol durante la gestación.

¿En qué consiste su participación? Primero responderá un breve cuestionario que realizará un profesional de salud. Luego será asignada de forma aleatoria a uno de dos grupos: o bien participará de una breve entrevista con el mismo profesional, o bien recibirá información sobre los efectos del

alcohol durante la gestación. Luego de tres meses nos volveremos a comunicar con usted para hacerle unas breves preguntas.

¿Quién va a ver la información nos proporcione? TODA la información es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**. Las únicas personas que tendrán acceso a la información proporcionada serán los investigadores del proyecto, por lo que le pedimos que sea lo más sincera posible a la hora de darnos sus respuestas.

¿Cuáles son los beneficios del estudio? Su participación en este estudio es muy valiosa y nos ayudará a mejorar los servicios de prevención primaria en salud.

¿Cuáles son los riesgos o inconvenientes del estudio? Participar no representa ningún inconveniente o riesgo para usted o su bebé. La atención general de salud, obstétrica o ginecológica que esté recibiendo no se verá alterada.

¿Recibirá algo a cambio por participar del estudio? No se brindará ninguna compensación por la participación.

Para mayor información sobre el estudio: Puede comunicarse con: investigacionalcohol@gmail.com

Quiero participar:

SI autorizo

NO autorizo

Firma de la participante

Apéndice B. Guía de Intervención Breve para promover la abstinencia de alcohol durante la gestación

Intervenciones breves
para promover la
abstinencia de consumo
de alcohol en
mujeres gestantes



Guía técnica para
atención primaria
en salud.

CONICET

GRUPO DE SUSTANCIAS
PSICOTRÓPICAS Y LESIONES
POR CAUSA EXTERNA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Intervenciones breves para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes



Guía técnica para
atención primaria
en salud.

CONICET


GRUPO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS Y LESIONES
POR CAUSA EXTERNA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Esta guía ha sido elaborada por miembros del Grupo de Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa de la Universidad Nacional de Mar del Plata y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el marco de un proyecto cuyo objetivo es evaluar la eficiencia de las intervenciones breves (IB) en la **promoción de la abstinencia al alcohol en mujeres gestantes.**

El modelo de IB propuesto fue construido en base a evidencia científica y experiencias previas en diversos países como Australia, Brasil, Chile, Francia, Islandia, Italia, Noruega, Inglaterra, Estados Unidos, entre otros donde este dispositivo está instalado de forma obligatoria en el sistema de Atención Primaria a la salud y a las recomendaciones de diversas organizaciones nacionales e internacionales como el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), Instituto Nacional sobre Abuso de alcohol y alcoholismo (NIAAA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Para más información contactarse a:
investigacionalcohol@gmail.com

Guía de contenidos

Qué son las Intervenciones Breves	4
Pruebas de efectividad	
Consumo de alcohol y gestación	5
Implementación de Intervenciones Breves	6
Flujograma	
Paso 1: Evaluar el nivel de riesgo.....	7
Aplicar el AUDIT	
Paso 2: Intervenir.....	8
Realizar Intervención Breve (<i>consumo de riesgo</i>).....	9
Realizar Derivación Asistida (<i>posible dependencia</i>).....	10
Paso 3: Seguimiento.....	11
Información complementaria	
Lámina 1: Tragos, unidades de bebida estándar.....	12
Cuestionario AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>).....	13
Folleto guía Los efectos del alcohol durante el embarazo: la base de la IB	14

Referencias bibliográficas

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011).

Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol.*; 118:383–8

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2002).

Alcohol use among women of childbearing age—United States, 1991–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 51:273–276.

López M.B. (2013).

Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Health Drugs*. 13, 35– 46.

Ministerio de Salud de la Nación (2011).

Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina. Disponible en www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf

Nilsen, P. (2009).

Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*,21(6), 496–500.

Norambuena Cárdenas, P. (2011).

Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en:

<https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/05/intervenciones-breves1.pdf>

O'Connor, M. J., & Whaley, S. E. (2007).

Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*, 97(2), 252–258.

Schermer, C. R. (2005).

Feasibility of alcohol screening and brief intervention. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 59(3), S119–S123.

United States Department of Health & Human Services. National Institutes of Health.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping patients who drink too much: a clinician's guide* [Internet]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; Bethesda, MD: Feb 17. 2013 updated 2007 Jan; cited Available from: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm

World Health Organization. (2010).

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.

Qué son las Intervenciones Breves

Dentro de las medidas para reducir el consumo de riesgo de alcohol y sus consecuencias a nivel de la salud pública, existe un recurso, la Intervención Breve (IB). El objetivo de la IB es identificar un problema de alcohol real o potencial (*consumo de riesgo o perjudicial*) y motivar a la persona para que alcance un consumo de bajo riesgo (*abstinencia o reducción*).

La IB es una intervención de carácter motivacional, limitada en el tiempo, de duración muy inferior a la de un tratamiento específico. Se caracteriza por ser “oportunistas”, en el sentido de que sus destinatarios todavía no han manifestado tener un problema con el alcohol, pero consumen a niveles que implican riesgo o daño tanto para su salud como para su bienestar. En muchos casos este tipo de consumo no se detecta y es posible que no lleguen a consultar por sí mismos, sino que llegan al sistema de salud por otros motivos, hecho que brinda la oportunidad de evaluar el riesgo de consumo de alcohol e intervenir. Los procedimientos que incluye la IB pueden ser realizados por profesionales de distintas disciplinas luego de un breve entrenamiento.

Según su objetivo, las IB pueden ser diseñadas para:

Reducir la ingesta o reducir las consecuencias negativas en relación al consumo.

Promover la abstinencia, como en el caso de menores de edad y mujeres gestantes.

Promover la aceptación de la derivación a tratamiento especializado.

A los fines de la población con la que estaremos trabajando nuestra intervención fue diseñada para promover abstinencia. Para aplicar la IB se necesitan un mínimo de dos y un máximo de tres pasos:

Evaluar el nivel de riesgo de la persona derivado de su consumo de alcohol. La evaluación se realiza mediante cuestionarios breves en los que se indaga frecuencia y cantidad de alcohol consumido, así como consecuencias derivadas del consumo. Estos cuestionarios se denominan instrumentos de tamizaje, y en nuestro caso utilizaremos el AUDIT, que nos permitirá saber si la persona presenta consumo de

no riesgo, consumo de riesgo o consumo problema (*también llamado posible dependencia*).

Intervenir de acuerdo al nivel de riesgo evaluado.

Para mujeres gestantes tendremos tres opciones:

- a. Si el consumo no es de riesgo no se aplicará la IB. Se felicita a la paciente para que continúe sin consumir.
- b. Si el consumo es de riesgo se realizará la IB donde se promoverá la abstinencia.
- c. Si el consumo es problema o posible dependencia se realizará una Derivación Asistida a algún establecimiento de salud especializado.

Seguimiento

Dependiendo del objetivo puede ser a corto, mediano o largo plazo. En nuestro caso se realizarán evaluaciones de los resultados a los tres meses con los mismos instrumentos que se realizó la evaluación inicial. En caso de que el consumo se mantenga en niveles de riesgo es conveniente reforzar la IB con una nueva IB.

Pruebas de efectividad

Más de 50 estudios controlados demuestran que la IB puede ser tan eficaz como tratamientos más amplios, especialmente en contextos de servicios de emergencia, atención primaria a la salud, y con jóvenes estudiantes en escuelas y universidades (Nilsen, 2009). Además son muy bien aceptadas por parte del personal y los pacientes (Schermer, 2005).

El contexto de atención prenatal se considera ideal para tratar el consumo de alcohol ya que la motivación para eliminar conductas no saludables se ve incrementada durante la gestación por el deseo de tener un bebé sano (Nilsen, 2009). Además, el hecho de que la gran mayoría de las mujeres en nuestro país realice al menos un control durante la gestación brinda la oportunidad precisa para esta intervención (López, 2013).

Todos los estudios realizados hasta el momento encontraron reducciones en la cantidad y frecuencia de alcohol consumido por las madres y en los casos en los que se evaluaron los efectos de la IB posparto, los resultados mostraron nacimientos con mejores características de salud (mayor peso, mayor longitud, menor muerte fetal, nacimientos a término) (O'Connor & Whaley, 2005).

Consumo de alcohol y gestación

Cuando una mujer embarazada consume alcohol, el bebé en su vientre también lo hace. El alcohol en la sangre de la madre pasa de la placenta al bebé a través del cordón umbilical. El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar abortos espontáneos, nacimiento de bebés muertos y una variedad de trastornos de por vida que se conocen como trastornos del espectro alcohólico fetal. Los niños que presentan trastornos del espectro alcohólico fetal pueden tener las siguientes características y conductas, muchas de las cuales son para toda la vida y pueden aparecer en diferentes momentos del desarrollo:

- **Características faciales anormales**
Por ejemplo, el pliegue entre la nariz y la parte superior del labio se ve liso (este pliegue se llama surco nasolabial)
- **Estatura y peso inferiores al promedio**
- **Conducta hiperactiva**
- **Dificultades atencionales, de memoria y aprendizaje.**
- **Problemas de succión y de sueño en los bebés**
- **Problemas de la audición y de la vista**
- **Problemas cardíacos, renales y óseos.**

A pesar de lo anterior, la prevalencia de consumo de alcohol en esta etapa sigue siendo alarmante en todo el mundo, y especialmente en nuestro país donde el 75% de las mujeres manifiesta haber consumido alcohol durante la gestación, y el 15% manifiesta haber consumido cinco o más unidades estándar de alcohol (10 a 12 gm cada una, equivalentes a casi una botella de vino o dos de cerveza) en la misma ocasión, al menos una vez durante la gestación. Este patrón de consumo es altamente perjudicial para la salud, y ha demostrado ser dañino más allá de cuál sea el promedio del volumen total consumido.

Todas estas dificultades son 100% prevenibles si no se consume alcohol durante el embarazo.

No se sabe de ninguna cantidad de alcohol que la madre pueda ingerir durante esta etapa sin correr ningún riesgo. Ningún momento durante el embarazo se considera seguro para beber; de igual manera, no hay ningún tipo de bebida alcohólica que se pueda consumir en forma segura.

Implementación de Intervenciones Breves

Para realizar la Intervención Breve deberá contar con:

Guía
Técnica
de IB

Podrá usar esta misma guía.

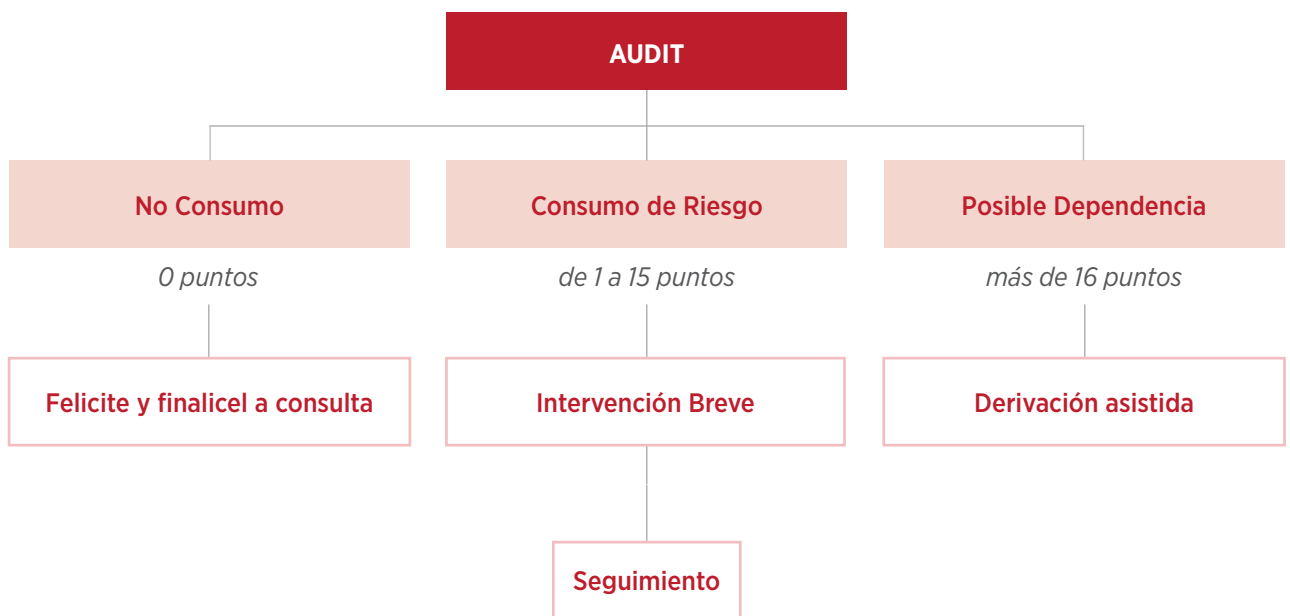
Cuestionario
AUDIT

Una copia por consultante.

Folleto “Los efectos
del alcohol durante
el embarazo”

Folleto “Los efectos del alcohol...”

Flujograma



Paso 1 Evaluar el nivel de riesgo

El **AUDIT** es un cuestionario sencillo de diez preguntas que nos **mostrará el nivel de riesgo que tiene el consumo de alcohol** de la consultante y nos ayudará a decidir qué tipo de intervención es la más adecuada.

Paso a paso

1. Procure tener disponible el cuestionario impreso. Al final de esta guía contará con la versión adaptada para la población de mujeres gestantes.
2. Haga las preguntas oralmente tal como están escritas. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta que usted deberá leer. Marque luego el puntaje que corresponde a la opción que seleccione el consultante para describir su consumo de alcohol.
3. Recuérdele a la consultante que ud. le preguntará sobre su consumo de alcohol en el último año y que ella debe concentrarse en ese espacio de tiempo
4. Haga la pregunta 1: le servirá para descartar si la persona bebe o no alcohol. **Si la consultante responde que no ha bebido alcohol en el último año entonces no será necesario continuar con el cuestionario ni con la intervención.** Anímela a seguir, muéstrole su disponibilidad para ayudarla si en algún momento lo necesita.
5. Antes de hacer el resto de las preguntas explique a la consultante el concepto de TRAGO. Para ello puede utilizar la tabla de equivalencias que se encuentra en el material complementario al final de esta guía (Lámina 1). Explique que al existir distintos

tipos de bebidas, algunas más fuertes y otras más livianas, es importante que juntos identifiquen cuál es la bebida que consume más a menudo. Cuando haya identificado la bebida que más consume la consultante prosiga.

6. Haga las preguntas que continúan, de la 3 a la 10
7. Sume los puntajes de todas las preguntas y determine el nivel de riesgo de la consultante de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntaje 1 a 15	• Riesgo Alto
Cómo seguir	• Realice intervención breve
Puntaje + de 16	• Posible dependencia
Cómo seguir	• Realice una derivación asistida

Paso 2 Intervención breve | Derivación Asistida

Si la consultante presentó **Consumo de Riesgo** (1 a 15 en AUDIT) le corresponderá la **IB**, que no demorará más de 15 minutos. Con entrenamiento y práctica el tiempo será cada vez menor.

Elementos centrales

Entregue una conclusión clara de la evaluación.

El consumo de la consultante es de riesgo.

Entregue a la consultante el folleto guía y anote su puntaje del AUDIT para que pueda identificar en el gráfico que su consumo es de riesgo.

Entregue una recomendación clara.

No debería estar consumiendo bebidas con alcohol.

Analice junto a ella las razones que tiene para dejar de beber. Invítela a que identifique al menos tres razones de la lista que aparece en el folleto guía.

Invítela a DEFINIR UNA META

Lo ideal será que se comprometa con dejar de beber, pero cualquier reducción se considerará favorable, especialmente en aquellos casos cuando el consumo es muy elevado.

Si NO QUIERE / NO PUEDE DEFINIR METAS

Motívela para realizarlo después y refuerce los consejos. Puede ayudarse con la Información del folleto guía.

Si QUIERE / PUEDE DEFINIR METAS

Ayúdela a definirla claramente, tome nota junto a ella e invítela a firmar un contrato aclarándole que el contrato es con ella misma. Registre la meta en el folleto guía y tome nota en la hoja del cuestionario del AUDIT de cuál fue el objetivo acordado.

Analicen las situaciones que dificultarán el cambio y brinde opciones para que pueda llevar su objetivo adelante. Puede utilizar la sección del folleto guía donde se mencionan consejos para dejar de beber. Explíquele que el cambio puede ser difícil.

Muéstrese disponible para cualquier nueva consulta que le pueda surgir.

Escuche abiertamente.

Toda la información que le brinde la consultante debe ser tratada confidencialmente y evite mostrar una actitud valorativa ante cualquier pregunta o comentario

Intervención breve

Paso a paso

1. Entregue la **CONCLUSIÓN (resultados del AUDIT)**

“por el puntaje obtenido, su consumo de alcohol es de riesgo”. Muéstrela a la consultante el puntaje que obtuvo y señale en el gráfico del folleto dónde se ubica su puntaje.

2. Explique qué significa tener consumo de riesgo

“La forma en la que consume alcohol puede causar o aumentar su riesgo de tener problemas relacionados con la sustancia para usted y para su bebé. El alcohol pasa a su vientre a través de la placenta y puede causar abortos espontáneos, problemas de succión y sueño, problemas auditivos y visuales, cardíacos, problemas de aprendizaje, hiperactividad, entre otros”. Puede utilizar la sección del folleto “Por qué el alcohol es peligroso” para indicar daños específicos.

3. Indique a la consultante qué sería un consumo de no riesgo dada su condición y entregue una **RECOMENDACIÓN CLARA: LA ABSTINENCIA.**

Acentúe la distancia que hay entre su consumo actual y el recomendado: “Usted bebe tres tragos por semana, cuando lo recomendado es no beber nada durante el embarazo”, y luego aconseje claramente a la consultante que debiera dejar de consumir alcohol.

4. Invite a la consultante a **DEFINIR METAS para dejar de consumir.**

Pregunte a la consultante qué le parece el folleto y la recomendación “¿Le parece que podría suspender su consumo mientras esté embarazada y durante la lactancia?” “¿Siente que podría hacerlo?” “¿Tiene la motivación?”

a. Si la consultante **NO QUIERE / NO PUEDE definir metas e interrumpir su consumo:**

- Evite enjuiciar, recriminar o molestar a la consultante. Hay personas que no están preparadas en ese momento para hacer un cambio conductual, sienten que no pueden o que no son capaces. Motivarse requiere tiempo.
- Vuelva a mencionar claramente la conclusión

- SU CONSUMO ES DE RIESGO y la recomendación: **ES IMPORTANTE PARA USTED Y SU BEBÉ QUE DEJE DE CONSUMIR ALCOHOL.** Ofrézcale el folleto guía. Indíquele que allí se encuentra toda la información que le ha dado

- Si la consultante parece estar de acuerdo pero **NO SE SIENTE CAPAZ** de lograr dejar de consumir, realice directamente una **DERIVACIÓN ASISTIDA** y una **IB** para reducir el consumo de igual manera.

- Invite a la consultante a preguntarle si tiene alguna consulta o duda.

- Muéstrela a la consultante que está disponible si requiere ayuda en cualquier otro momento.

Lo importante es mantener una actitud de apertura y comprensión, no enjuiciar ni molestar. Manteniendo un vínculo de confianza puede que vuelvan a usted cuando estén más preparados.

b. Si la consultante **QUIERE / PUEDE definir metas e intentar detener su consumo:**

- Trabaje con la consultante en **DEFINIR METAS** para que se acerque al no consumo. Las metas deben ser realistas, aunque no sean las ideales, cualquier cambio dejará al paciente en una mejor posición que si no intenta ningún cambio. De cualquier forma es importante que fomentemos claramente la abstinencia en esta población particular.
- Defina en conjunto con la consultante las **METAS**. Si no está dispuesta a dejar de beber deberá trabajar puntualmente en cuántos tragos bebe actualmente y cuántos sería lo mínimo a lo que estaría dispuesta a beber. Intente que el compromiso sea beber **LO MENOS POSIBLE Y CON LA MENOR FRECUENCIA POSIBLE**
- Analice con la consultante si la meta es realista. “Es posible que baje realmente la cantidad que consume?”, “¿cómo lo logrará?”, “¿cómo se ayudará?”.

Intervención breve (cont.)

- Explore qué condiciones harán más FACIL el cambio (qué situaciones, lugares o personas la ayudarán) y qué condiciones harán más DIFÍCIL el cambio (qué situaciones, lugares o personas no ayudarán). Intente hacer un plan para evitar las condiciones que harán difícil el cambio, protegerse y superar estas situaciones. Puede utilizar la lista de consejos para no beber del folleto guía.
- Muchas veces resulta útil imaginar junto con el consultante situaciones críticas o difíciles: pedir ayuda a personas de confianza (y que no consuman en riesgo), ejercitar el “NO” y sus explicaciones, etc. Siempre visualice las situaciones junto al paciente y transfórmelas en ejemplos concretos relacionados con su consumo.
- Recuérdelo al paciente que EL CAMBIO ES DIFÍCIL. Ayúdelo a aceptar que puede ser difícil y que existe la posibilidad que no cumpla las metas inmediatamente. Asegúrele a la paciente que siempre podrá volver a consultar otra vez, aunque no hayan cumplido las metas definidas.
- Invite a la consultante a preguntarle si tiene alguna consulta o duda.
- Muéstrela a la consultante que está disponible si requiere ayuda en cualquier otro momento.

Derivación asistida

Si la consultante presentó **Consumo Problema o Posible Dependencia** (más de 16 puntos en el AUDIT) deberá realizar una **Derivación Asistida**.

Elementos centrales

Entregue una conclusión clara de la evaluación.

La consultante tiene probablemente un consumo problema o dependencia, es decir, Es de muy alto riesgo.

Entregue a la consultante el folleto guía y anote su puntaje del AUDIT para que pueda identificar en el gráfico que su consumo es de riesgo.

Entregue una recomendación clara.

La consultante necesita una evaluación más profunda por un profesional con mayor experiencia en el tema. Anímela a contactarse con los centros de atención especializados.

Si la consultante **NO QUIERE / NO ACEPTA**.

motívela para realizarlo después y refuerce los consejos. Puede ayudarse con la Información del folleto guía, entrégueselo y realice la IB para no perder la oportunidad. *“Su consumo es de muy alto riesgo” “Usted necesita una evaluación más detenida y quizá le haría muy bien un tratamiento. Recuerde que hay ayuda disponible, le recomiendo que lo considere”.*

Si la consultante **QUIERE / ACEPTA**.

ayúdela a conseguir inmediatamente una cita con un especialista. Entregue el folleto guía y realice la IB para no perder la oportunidad.

En todos los casos muéstrese disponible para verla nuevamente, apoyarla y entregarle información.

Paso 3 Seguimiento

A los fines de la evaluación de las intervenciones breves será importante contactar nuevamente a las consultantes que hayan presentado Consumo de Riesgo y verificar si las metas han sido cumplidas.

Elementos centrales

Evalúe otra vez el consumo con el AUDIT-C.

Evalúe los resultados del AUDIT-C junto con las consultantes que hayan recibido la IB partir del cumplimiento de las METAS.

Recuerde que ud debió registrar la meta:

Si la consultante fue exitosa en el cumplimiento de la meta felicite. Si el cumplimiento fue total CIERRE la intervención. Si el cumplimiento fue parcial REALICE UNA NUEVA IB

Si la consultante no fue exitosa apoye y no enjuicie. Recuerde que el cambio puede ser difícil. Defina de acuerdo al puntaje del AUDIT-C si realizará una nueva IB o DERIVACIÓN ASISTIDA.

Información complementaria

Lámina 1: Tragos

¿Cuántos tragos toma usted usualmente?

Tabla de equivalencias

Cerveza



Lata de cerveza

1 trago



Porrón

1 trago



Botella de Cerveza

3 tragos

Vino



Copa de vino

1 trago



Vaso de vino

2 tragos



Botella de vino

6 tragos



Caja de vino

8 tragos

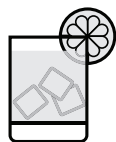
Bebidas blancas



Medida de bebida blanca

1 trago

Whisky, vodka, ron.



Trago corto

1 trago

*Caipirinha,
Pronto Shake.*



Trago largo

2 tragos

*Fernet con cola,
Cuba libre.*



Botella de bebida blanca

20 tragos

AUDIT

Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol

Lea las preguntas tal como están escritas. **Registre** las respuestas cuidadosamente. **Empiece** el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante

el último año». **Explique** qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, fernet, ron, vodka, gancia, etc., y explique el concepto de TRAGO («bebidas estándar»).

Recuerde, 1 TRAGO es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor (o un combinado suave). **Marque** la cifra de la respuesta adecuada y luego sume en los casilleros asignados.

	4	3	2	1	0	
1 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia tomo alguna bebida que contenga alcohol?	4 o más veces por semana	de 2 a 3 veces por semana	de 2 a 4 veces al mes	1 o menos veces al mes	Nunca	<input type="text"/>
2 ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo típico?	7 o más	5 o 6	3 o 4	1 o 2	0	<input type="text"/>
3 ¿Con qué frecuencia toma 3 o más TRAGOS en una sola ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
4 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia no ha podido de parar de tomar una vez que había empezado?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
5 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
6 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho en una misma ocasión?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
7 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos después de haber bebido?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
8 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de una vez al mes	Nunca	<input type="text"/>
9 ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herida a causa de su consumo de alcohol?	Sí, el último año		Sí, pero no en el último año		No	<input type="text"/>
10 ¿Alguna vez un familiar, amigo, médico o profesional de la salud se ha mostrado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que dejara?	Sí, el último año		Sí, pero no en el último año		No	<input type="text"/>

Resultado
0 > No riesgo

1 a 15 puntos > Consumo de Riesgo
+ de 16 puntos > Posible Dependencia

Puntaje total

Nivel de riesgo _____

Meta propuesta por la consultante luego de la Intervención Breve: _____

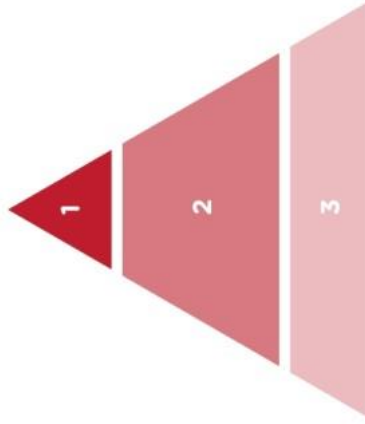
los efectos del alcohol durante el embarazo



A lo largo de este folleto vas a informarte sobre cómo el consumo de alcohol puede afectar tu vida, tu salud y la de tu bebé.

Colocá a continuación el puntaje obtenido en el cuestionario sobre el consumo de alcohol.

Puntaje AUDIT _____ puntos.



Mi nivel de riesgo es el número _____

1 16 o más puntos > posible dependencia

El tomar provoca varios problemas que están afectando varias áreas de tu vida. Es importante que consideres pedir ayuda profesional.

2 1 a 15 puntos > consumo de riesgo

Si estás embarazada, aunque tomes pequeñas cantidades de bebidas con alcohol vos y tu bebé pueden sufrir problemas.

3 0 puntos > no hay riesgo

Si no consumís alcohol, no hay riesgo.



¿Qué razones tenés para dejar de beber?

Pensá en los motivos por los cuales quisieras dejar de beber. A continuación te presentamos una lista de posibles razones. Marcá las tres que consideres más importantes.

- ___ Quiero que mi bebé nazca sano.
- ___ Quiero sentirme mejor.
- ___ Quiero tener un embarazo sin complicaciones.
- ___ Quiero llevarme mejor con mi familia y amigos.
- ___ No quiero que mi bebé tenga problemas de crecimiento o desarrollo.
- ___ Quiero reducir el riesgo de tener un accidente.
- ___ Quiero prolongar mi vida.
- ___ Quiero ahorrar y tener más dinero.

¿Pensás en alguna otra razón? ¿Cuál?

¿Hacemos un trato?

¿Te animás a dejar de beber durante tu embarazo?

¡Es fundamental que vos estés de acuerdo y que te comprometas a intentarlo!

___ Decidí dejar de tomar

___ Decidí tomar menos

nombre

fecha

Algunos consejos para no beber

- > Si tenés una reunión, comida o salida decite a vos misma que no vas a beber antes de llegar al lugar.
- > En eventos sociales y festejos asegurate que haya bebidas sin alcohol que sean de tu agrado: gaseosas, jugos, lo que más te guste.
- > En eventos sociales y festejos date el gusto de comer rico.
- > Evitá tener bebidas alcohólicas en casa.
- > Hablá con tu familia, pareja y amigos. Explicales que durante esta etapa de tu vida, lo mejor es que no consumas ningún bebida con contenido alcohólico.

Recordá que el objetivo es no consumir ninguna bebida alcohólica durante tu embarazo.

Sabemos que no es fácil cambiar hábitos y queremos felicitarte por intentarlo. Estamos a tu disposición para brindarte apoyo y ayuda mientras cambias tu forma de vida. Si sentís que no podés cumplir con lo que te propusiste, no te des por vencida y seguí adelante con el cambio.

Cualquier consulta nos podés contactar a la siguiente dirección de e-mail:
investigacionalcohol@gmail.com

Información que te puede ayudar

Ningún momento del embarazo se considera seguro para consumir alcohol y no hay ningún tipo de bebida alcohólica ni cantidad aceptable puedas ingerir sin correr riesgo alguno. Las mujeres tampoco deben consumir alcohol si planean la maternidad o si tienen relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos eficaces. Esto se debe a que una mujer puede quedar embarazada y no saberlo.

¿Por qué el alcohol es peligroso?

Cuando estás embarazada y consumís alcohol, el bebé en tu vientre también lo hace. Este pasa a la placenta a través del cordón umbilical. Puede causar abortos espontáneos y una variedad de disfunciones de por vida conocidas como **trastornos del espectro alcohólico fetal**. Los niños que lo presentan pueden tener las siguientes características y conductas:

- > Características faciales anormales.
- > Estatura y peso inferiores al promedio.
- > Hiperactividad
- > Dificultad en la atención y el aprendizaje.
- > Retrasos en el habla y el lenguaje.
- > Problemas de succión y de sueño en los bebés.
- > Problemas auditivos y visuales.
- > Problemas cardíacos, renales y óseos.

Todas esas dificultades son 100% prevenibles si no tomás alcohol durante el embarazo. Recordá que no hay ningún tipo de bebida alcohólica que puedas consumir en forma segura

los efectos del **alcohol** durante el **embarazo**



A lo largo de este folleto vas a informarte sobre cómo el consumo de alcohol puede afectar tu vida, tu salud y la de tu bebé.



Información que te puede ayudar

Ningún momento del embarazo se considera seguro para consumir alcohol y no hay ningún tipo de bebida alcohólica ni cantidad aceptable puedas ingerir sin correr riesgo alguno. Las mujeres tampoco deben consumir alcohol si planean la maternidad o si tienen relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos eficaces. Esto se debe a que una mujer puede quedar embarazada y no saberlo.

¿Por qué el alcohol es peligroso?

Cuando estás embarazada y consumís alcohol, el bebé en tu vientre también lo hace. Este pasa a la placenta a través del cordón umbilical. Puede causar abortos espontáneos y una variedad de disfunciones de por vida conocidas como **trastornos del espectro alcohólico fetal**. Los niños que lo presentan pueden tener las siguientes características y conductas:

- > Características faciales anormales.
- > Estatura y peso inferiores al promedio.
- > Hiperactividad
- > Dificultad en la atención y el aprendizaje.
- > Retrasos en el habla y el lenguaje.
- > Problemas de succión y de sueño en los bebés.
- > Problemas auditivos y visuales.
- > Problemas cardíacos, renales y óseos.

Todas esas dificultades son 100% prevenibles si no tomás alcohol durante el embarazo. Ningún momento es considerado seguro para su consumo. De igual manera, no hay ningún tipo de bebida alcohólica que puedas consumir en forma segura.